

**Universidade de Lisboa**  
**Faculdade Medicina de Lisboa**



**Os Cinco Fatores de Personalidade e sua Relação com Níveis de  
Coping e Felicidade em Doentes Paliativos**

**Vera Lúcia Silvestre Gonçalves**

**Orientadores: Professor Doutor António Barbosa**  
**Professora Doutora Ana Paula Gama**

Dissertação original para a obtenção do grau Mestre em Cuidados Paliativos

**2016**

**Universidade de Lisboa**  
**Faculdade Medicina de Lisboa**



**Os Cinco Fatores de Personalidade e sua Relação com Níveis de  
Coping e Felicidade em Doentes Paliativos**

**Vera Lúcia Silvestre Gonçalves**

**Orientadores: Professor Doutor António Barbosa**

**Professora Doutora Ana Paula Gama**

**A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da  
Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 21 de Junho de 2016**

Dissertação original para a obtenção do grau Mestre em Cuidados Paliativos

**2016**

Morrer é uma parte integral da vida, tão natural e previsível como nascer. Mas, enquanto o nascimento é motivo de comemoração, a morte tornou-se uma questão temida e indescritível a ser evitada...

Corremos atrás de valores que, no momento da morte, se tornam zero. No final da vida, ninguém te vai perguntar quantos diplomas tens, ou quantas mansões construístes, ou quantos Rolls Royces conseguirias pagar.

É isso que os pacientes que estão a morrer nos ensinam.

Elisabeth Kübler-Ross, 2002

## AGRADECIMENTOS

Para a elaboração desta dissertação, foram essenciais o apoio, suporte e compreensão de várias pessoas, às quais gostaria de expressar os meus mais sinceros reconhecimentos.

Deixo a minha palavra de agradecimento:

**Aos participantes deste estudo**, pela recetividade, generosidade e interesse demonstrados apesar da situação em que se encontravam.

**À Professora Doutora Ana Paula Gama**, pela colaboração, disponibilidade, paciência e incentivo constante neste processo.

**Ao Professor Doutor António Barbosa**, pela orientação e conhecimentos transmitidos ao longo do mestrado.

À Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) do ACES Algarve III – Centro de Saúde de Tavira, concretamente à **Dr.ª Fátima Teixeira** e em especial à **Dr.ª Rosália Fonseca**, que me colocaram “no terreno” e muito me ensinaram durante todo o percurso.

À Equipa IntraHospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) do Centro Hospitalar do Algarve – Hospital de Faro, na pessoa da **Dr.ª Dagoberta Lima** e da enfermeira responsável **Enf. Margarida**, pela preciosa ajuda.

À Equipa IntraHospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) do Centro Hospitalar do Algarve – Hospital do Barlavento Algarvio, nomeadamente à **Dr.ª Madalena Sales** e à enfermeira responsável **Enf. Helena Gonçalves**.

E a todos os que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta investigação.

## RESUMO

O presente trabalho, denominado “Os Cinco Fatores de Personalidade e sua Relação com Níveis de Coping e Felicidade em Doentes Paliativos” teve como principal objetivo perceber de que forma a Personalidade influencia ou é influenciada pelos níveis de *Coping* e de Felicidade experimentados numa fase de doença terminal. Mais concretamente, tentar compreender se os níveis de *Coping* Resiliente estão relacionados com as categorias de Personalidade, ou se por outro lado, são os níveis de Felicidade Subjetiva que se relacionam com as diversas categorias de Personalidade.

A amostra deste estudo foi constituída por 43 sujeitos distribuídos por três grupos distintos, segundo o tipo de intervenção que estavam a receber em contexto paliativo, na região do Algarve, a saber: intervenção comunitária (N=15), consulta de ambulatório (N=14) e internamento (N=14). Tratavam-se de indivíduos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 49 e os 92 anos e o período de recolha de dados decorreu entre Outubro de 2014 e Maio de 2015.

Para a realização desta investigação foram aplicados quatro questionários, designadamente: Questionário Socio-demográfico, para obtenção dos dados demográficos e clínicos da população em estudo; Inventário de Personalidade NEO-FFI-20 (Bertoquini & Pais Ribeiro, 2005), com o propósito de perceber qual a categoria de Personalidade na qual cada sujeito se incluía, de acordo com os cinco grandes fatores de Personalidade; Escala de Felicidade Subjetiva (Bertoquini & Pais Ribeiro, 2004) com o intuito de avaliar a perceção de felicidade de cada indivíduo e por fim a Escala Breve de *Coping* Resiliente (Pais Ribeiro & Moraes, 2010) que permite perceber a capacidade dos sujeitos para lidar com o stresse de forma adaptativa.

Os resultados obtidos através da análise estatística permitiram perceber que, relativamente às variáveis “Intervenção” e “Felicidade” há evidência de valores estatisticamente significativos, ou seja, os níveis de felicidade podem ser influenciados pelo tipo de intervenção. Assinala-se, igualmente, a existência de relação entre as variáveis “Tem conhecimento” (do diagnóstico) e “*Coping*”, o que significa que, os sujeitos que têm conhecimento do seu diagnóstico são aqueles que apresentam valores mais elevados de *Coping* Resiliente. No que concerne às correlações entre variáveis, verifica-se uma correlação positiva entre “Conscienciosidade” e “Felicidade” e uma correlação forte positiva entre “Extroversão” e “Felicidade”. Isto é, os sujeitos que apresentam valores mais elevados nos traços de Personalidade “Conscienciosidade” e “Extroversão” são os que manifestam

maior tendência a apresentar valores mais elevados na Felicidade. Foi ainda possível observar a existência de correlações positivas entre as variáveis: “Extroversão” e “Abertura à Experiência”; “Extroversão” e “Conscienciosidade”. E uma correlação negativa entre as variáveis “Extroversão” e “Neuroticismo”.

**Palavras-chave:** Os Cinco Fatores de Personalidade, *Coping* Resiliente, Felicidade Subjetiva, Cuidados Paliativos.

## ABSTRACT

This essay, entitled "The Five Personality Factors and its Relation to Coping and Happiness Levels in Palliative Patients", aimed to understand how Personality influences or can be influenced by Coping and Happiness levels experienced in a terminal disease phase. More specifically, it tries to understand whether the levels of Resilient Coping or the Subjective Happiness levels are related to the different categories of Personality.

The studied sample was composed of 43 individuals distributed into three distinct groups according to the type of intervention they were receiving in palliative context, in the Algarve region: community intervention (N=15), outpatient consultation (N=14), hospital internment (N=14). The individuals were comprised of both genders, aged between 49 and 92 years old, and the data collection period spanned between October 2014 and May 2015.

Four questionnaires were applied in the conduction of this research, namely: Socio-demographic Questionnaire, for acquiring the demographical and clinical data of the sampled population; Personality Inventory NEO-FFI-20 (Bertoquini & Pais Ribeiro, 2005), in order to determine which category of Personality each subject was included in, according to the five main factors of Personality; Subjective Happiness Scale (Pais Ribeiro & Morais, 2010), which allows to understand the subjects' ability to adaptively deal with stress.

The results obtained by statistical analysis showed that there is evidence of statistically significant values for the variables "Intervention" and "Happiness", meaning happiness levels can be influenced by the type of intervention. It is also noted the existence of a relation between the variables "Knowing" (the diagnosis) and "Coping", which means that the individuals who are aware of their diagnosis have higher values of Resilient Coping. Regarding the correlations between variables, there is a positive correlation between "Conscientiousness" and "Happiness" and a strong positive correlation between "Extroversion" and "Happiness". In other words, subjects who have higher values for "Conscientiousness" and "Extroversion" personality traits are those who manifest a greater tendency to have higher values in "Happiness". It was also possible to observe the existence of positive correlations between the variables "Extroversion" and "Openness to Experience"; and "Extroversion" and "Conscientiousness". And a negative correlation between the variables "Extroversion" and "Neuroticism".

**Keywords:** The Big Five, Resilient Coping, Subjective Happiness, Palliative Care.

## ÍNDICE

Introdução .....	1
Parte I – Enquadramento Teórico .....	3
1. Personalidade .....	3
1.1. Conceitos Gerais .....	3
1.2. A Teoria dos Traços .....	5
1.3. O Modelo dos Cinco Fatores .....	7
2. Coping Resiliente .....	12
2.1. Coping .....	12
2.2. Resiliência .....	16
2.3 Coping Resiliente .....	18
3. Felicidade Subjetiva .....	21
4. Cuidados Paliativos .....	29
5. Evidências da relação entre os Cinco Fatores de Personalidade, níveis de <i>Coping</i> e de Felicidade em doentes paliativos .....	31
Parte II – Investigação Realizada .....	35
6. Metodologia .....	35
6.1. Tipo de estudo (pertinência) e variáveis .....	35
6.2. Objetivos .....	35
6.3. Hipóteses .....	36
6.4. Amostra .....	36
6.5. Instrumentos .....	37
6.6. Procedimentos .....	38
6.7. Tratamento Estatístico .....	39
7. Apresentação e análise de resultados .....	40
7.1. Caraterização da Amostra .....	40
7.2. Análise Inferencial e Correlacional .....	41
8. Discussão de resultados .....	52
9. Conclusões e Implicações .....	56
10. Referências Bibliográficas .....	57
11. Anexos .....	67



## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Tipo e caraterísticas da personalidade .....	6
<b>Figura 2</b> – Domínios e facetas avaliados pelo NEO-PI-R .....	8
<b>Figura 3</b> – Resumo das hipóteses deste estudo.....	55
<b>Figura 4</b> – Principais resultados obtidos.....	55

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Distribuição de frequências e percentagens dos participantes relativamente às patologias apresentadas .....	40
<b>Tabela 2</b> – Distribuição dos participantes relativamente ao tipo de intervenção .....	41
<b>Tabela 3</b> – Relação entre as variáveis Personalidade e Género .....	42
<b>Tabela 4</b> – Relação entre as variáveis <i>Coping</i> e Género. ....	43
<b>Tabela 5</b> – Relação entre as variáveis Felicidade e Género.....	43
<b>Tabela 6</b> – Relação entre as variáveis Diagnóstico Médico e Personalidade. ....	44
<b>Tabela 7</b> – Relação entre as variáveis Diagnóstico Médico e <i>Coping</i> .....	44
<b>Tabela 8</b> – Relação entre as variáveis Diagnóstico Médico e Felicidade.....	45
<b>Tabela 9</b> – Relação entre as variáveis Intervenção e Personalidade.....	45
<b>Tabela 10</b> – Relação entre as variáveis Intervenção e <i>Coping</i> . ....	46
<b>Tabela 11</b> – Relação entre as variáveis Intervenção e Felicidade. ....	46
<b>Tabela 12</b> – Correlação entre as variáveis Personalidade e Coping. ....	47
<b>Tabela 13</b> – Correlação entre os cinco fatores de Personalidade e Felicidade. ....	47
<b>Tabela 14</b> – Correlação entre as variáveis <i>Coping</i> e Felicidade.....	48
<b>Tabela 15</b> – Correlação entre as variáveis Personalidade e Felicidade. ....	49
<b>Tabela 16</b> – Relação entre as variáveis Tem conhecimento e <i>Coping</i> . ....	50
<b>Tabela 17</b> – Relação entre as variáveis Diagnóstico Médico e Género.....	50
<b>Tabela 18</b> – Relação entre as variáveis Estado Civil e Personalidade.....	81
<b>Tabela 19</b> – Relação entre as variáveis Estado Civil, <i>Coping</i> e Felicidade.....	81
<b>Tabela 20</b> – Relação entre as variáveis Tem conhecimento do diagnóstico e Personalidade. ....	82
<b>Tabela 21</b> – Relação entre as variáveis Tem conhecimento do diagnóstico e Felicidade. ....	82

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo 1:</b> Pedido de autorização de estudo efetuado ao ACES Algarve III Sotavento e respetiva resposta. ....	68
<b>Anexo 2:</b> Pedido de autorização de estudo efetuado ao Centro Hospitalar do Algarve (Faro e Portimão). ....	71
<b>Anexo 3:</b> Resposta ao pedido de autorização de estudo efetuado ao Centro Hospitalar do Algarve (Faro e Portimão). ....	73
<b>Anexo 4:</b> Questionário Sócio-demográfico .....	74
<b>Anexo 5:</b> Consentimento Informado .....	76
<b>Anexo 6:</b> Inventário de Personalidade NEO-FFI-20 .....	77
<b>Anexo 7:</b> Escala Breve de <i>Coping</i> Resiliente .....	79
<b>Anexo 8:</b> Escala de Felicidade Subjetiva .....	80
<b>Anexo 9:</b> Investigação de relações entre outras variáveis .....	81

## INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da medicina fez com que cada vez mais se lutasse contra doenças potencialmente fatais, permitindo assim prolongar a esperança de vida mesmo na presença de doenças crónicas, avançadas e progressivas. Conforme Silva e Hortale (2006) referem, é comum na prática médica (ou dos profissionais de saúde) prolongar a vida a qualquer custo (e muitas vezes com sucesso). A morte, desta forma, passa a ser entendida como um fracasso e por este motivo deve ser “escondida”.

Contudo este prolongar de vida, considerado como sucesso para alguns, na prática, pode não ser sentido da mesma forma se se considerar a perspetiva do doente. Apesar do avanço da medicina ter impedido a morte nalgumas situações, não impediu o surgimento e desenvolvimento de outras patologias, aumentando assim, a quantidade de doenças crónicas.

Uma doença crónica é definida como uma doença não transmissível, que se prolonga ao longo do tempo, não se resolve espontaneamente e raramente tem cura. Viver com uma doença crónica torna-se uma experiência exigente que pode afetar vários aspetos da vida de um indivíduo, nomeadamente, funcionamento social, familiar e ocupacional. Podem também resultar em efeitos negativos na qualidade de vida que, por sua vez, requer um ajustamento em múltiplos domínios da vida. O ajustamento é definido como uma resposta a uma mudança no ambiente, permitindo ao indivíduo adaptar-se a essa mudança. (Vilhena *et al.*, 2014).

Ao longo do ciclo vital somos expostos a diversas situações, nomeadamente doenças graves, avançadas, incuráveis e irreversíveis, que se apresentam como desafios e nos impulsionam para um desenvolvimento positivo. No entanto, também nos deparamos com eventos com os quais nos percebemos incapacitados a lidar, podendo gerar um estado de tensão denominado stresse. O impacto de um evento stressor é bastante variável em termos individuais, dependendo de uma série de fatores que facilitam a superação de adversidades, caracterizado por um processo de resiliência. Das variáveis que contribuem para uma maior resiliência, destacam-se as estratégias de *coping*, que correspondem a esforços empreendidos pelo indivíduo na tentativa de lidar com situações percebidas como stressoras (Busnello, Schaefer & Kristensen, 2009).

Considerando a felicidade, por definição, o grau no qual a pessoa avalia globalmente a qualidade da sua vida de uma forma positiva, ou seja, quanto a pessoa gosta da vida que leva, sendo descrita como uma sensação emocional de bem-estar. Lyubomirsky e Lepper (1999) reforçam que a “felicidade subjectiva”, consiste numa avaliação individual que uma

pessoa faz se é feliz ou infeliz. A autora da felicidade afirma que a capacidade que algumas pessoas têm para ser felizes, mesmo perante circunstâncias adversas, é impressionante, embora não seja claro quais os fatores naturais ou educacionais que explicam essa capacidade (Lyubomirsky, 2001).

Considerando o acima referido, esta investigação tem por objetivo perceber de que forma a Personalidade influencia ou é influenciada pelos níveis de *Coping* e Felicidade experimentados numa fase de doença terminal. Especificamente, tentar compreender se os níveis de *Coping* estão relacionados com as categorias de Personalidade e/ou perceber se os níveis de Felicidade estão relacionados com as diversas categorias de Personalidade.

O trabalho é composto inicialmente pelo enquadramento teórico, onde se pretende esclarecer e clarificar os principais temas: os cinco fatores de Personalidade, *Coping* Resiliente, Felicidade e Cuidados Paliativos, dando a entender a forma como podem interrelacionar-se na vida do doente paliativo. Segue-se a descrição da investigação realizada, onde se caracteriza a amostra de 43 utentes a receber cuidados paliativos em três serviços distintos: intervenção comunitária, consulta de cuidados paliativos e serviço de internamento. Apresentam-se posteriormente, os resultados obtidos, a discussão de dados e possíveis relações. Sendo por último apresentadas algumas conclusões e implicações do presente estudo.

### 1. Personalidade

#### 1.1. Conceitos Gerais

A descoberta da existência de diferenças de personalidade está longe de ser uma descoberta recente, tal facto já seria conhecido, provavelmente desde tempos pré-históricos (Gleitman, 1999). Os homens desse tempo saberiam que não eram todos iguais, contudo não teriam a consciência plena de si próprios e é provável que não tivessem ideias explícitas sobre a forma como as pessoas podem ser diferentes umas das outras. Estes são conceitos que surgiram muito mais tarde, como resultado da obra de vários autores que se preocuparam com a representação de carácter.

A palavra personalidade tem origem no termo latino *persona* que significava máscara. Os atores do teatro antigo, mais precisamente da tragédia grega, utilizavam a máscara pela sua constância, pois possibilitava prever o comportamento dos intervenientes ao longo da ação (Monteiro & Santos, 1999).

Ao longo da história do estudo da personalidade vários foram os autores que se interessaram por esta temática, tais como Freud, Jung, Adler, Horney, Sullivan, Erikson, Fromm, Rogers, Maslow, Skinner, Bandura, Rotter, Kelly, Mischel, Beck, Allport, Catell, Eysenk, McCrae, Gray, Tellegen, Zuckerman e o modelo biossocial de Cloninger, entre muitos outros. Todos eles contribuíram através das suas investigações, para o surgimento de inúmeras teorias, classificações e perspectivas, como são exemplo as vertentes psicanalítica, neo-analítica, a humanista, a da aprendizagem, a cognitiva, a das disposições ou a psicobiológica.

E tão longínqua, como a sua própria origem, a noção de personalidade tem sofrido significativas mudanças, o que assinala bem a complexidade desta temática, assim como de todas as componentes intimamente relacionadas. Face a uma tal variedade de definições, Carver et Scheier (2000, cit por Hansenne, 2003) da forma mais abreviada possível, destacam alguns pontos de consenso: a) a personalidade não corresponde a uma justaposição de peças, mas sim representa uma organização; b) a personalidade não se encontra num local específico. Ela é ativa e representa um processo dinâmico no interior do indivíduo; c) a personalidade corresponde a um conceito psicológico cujas bases são fisiológicas; d) a personalidade é uma força interna que determina como o indivíduo se comportará; e) a

personalidade é constituída por padrões de respostas recorrentes e consistentes; f) a personalidade não se reflete apenas numa direção, mas sim em várias, à semelhança dos sentimentos, pensamentos e comportamentos.

A personalidade será uma construção assente em tendências individuais, entre o seu balanço e a sua relação, a sua expressão e a sua reação nos outros, será “o que faz de nós, nós” (Theobald, 1931 cit por Yassine, 2011).

No primeiro manual sobre Psicologia da Personalidade, Allport em 1937, apresentou pelo menos 50 definições diferentes de personalidade e a lista tem crescido, continuamente, desde esse momento. Talvez a definição mais comum, porém, se refira, de algum modo, aos traços de personalidade enquanto atributos ou qualidades de um indivíduo, medidos por inventários de personalidade. Assim, a definição de personalidade de acordo com este autor é a de uma organização dinâmica (ativa/ interação com o meio) de sistemas psicofísicos (bases biológicas) do indivíduo que determinam o seu comportamento característico e os seus pensamentos. Trata-se de uma entidade única, que traduz a forma como uma pessoa pensa, reflete, age e se comporta em diferentes situações.

Eysenck (1953, cit por Maia, 2011), um dos mais destacados teóricos da personalidade, refere que a personalidade constitui uma organização mais ou menos firme e durável do carácter, temperamento, inteligência e da dimensão física de um indivíduo (bases biológicas), que determina a sua adaptação ao meio.

Na perspetiva de Cattell (1965, cit por Maia, 2011), a personalidade é um conjunto de traços que predis põem o indivíduo a agir de determinada maneira, num conjunto de situações.

Segundo Pacheco e Sisto (2003) a personalidade de uma pessoa é observada pelo comportamento e nota-se que existe uma parte variável e uma parte constante. A esta parte constante denomina-se traço e nenhum ato é produto de apenas um traço. Por sua vez, os traços não são imutáveis, são tendências amplas em mudança contínua. Todavia, apesar da mudança, pode-se reconhecer uma tendência, uma constância no modo de comportamento de uma pessoa, afirmando-se a presença de traços ou tendências da personalidade.

Para Rebollo e Harris (2006) a palavra personalidade diz respeito a padrões de comportamento e atitudes que são típicas de um determinado indivíduo, desta forma os traços de personalidade diferem de um indivíduo para outro, sendo entretanto, relativamente constantes e estáveis em cada pessoa.

Já de acordo com Trentini, Hutz, Bandeira, Teixeira, Gonçalves e Thomazoni (2009), a personalidade diz respeito às características dos indivíduos, sendo única e distinguindo-o dos demais a partir de padrões consistentes de sentimentos, pensamentos e comportamentos.

Ora sendo que estas características da personalidade são numerosas e relacionando-se entre si, chegamos ao termo dimensão ou tipo. São então as dimensões ou tipos, agrupamentos de características que, por se correlacionarem altamente umas entre as outras, são englobadas na mesma dimensão/ tipo.

## 1.2. A Teoria dos Traços

A teoria dos traços é acima de tudo, uma tentativa de explicação da personalidade, pois “tenta descrever os indivíduos segundo um conjunto de atributos caracterizadores” (Gleitman, 1999). Esta teoria preconiza igualmente, que determinada pessoa tem uma personalidade característica e que essa personalidade pode ser incluída numa categoria juntamente com as de outras que são de algum modo equivalentes.

A ideia central desta teoria é a de que os traços devem ser distinguidos da maior parte dos atributos estudados pelos psicólogos, designadamente, atitudes, crenças, valores, hábitos, papéis, relacionamentos, entre outros. Todos estes atributos podem mudar e de facto, mudam com o tempo e as circunstâncias, enquanto os traços não. Conforme referido por Costa e McCrae (1980), os traços fornecem uma estrutura estável através da qual, com a idade, o indivíduo é capaz de se adaptar, defender ou ajustar.

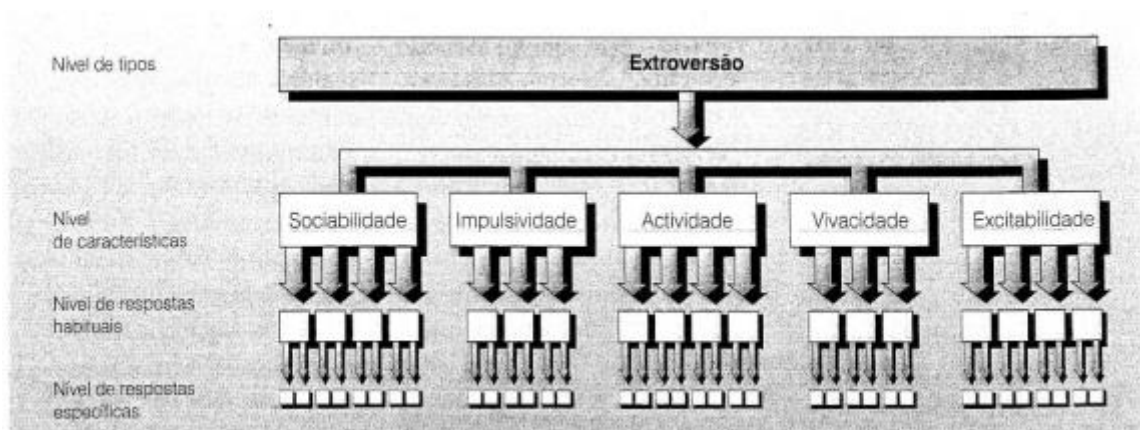
A unidade básica de análise da personalidade adotada são os traços, enquanto dimensões do funcionamento psicológico, que poderão ser utilizadas para diferenciar, e caracterizar, os indivíduos. Ora quer se considere a personalidade como produto de uma aprendizagem, hereditariedade, processos inconscientes ou papéis sociais, parece ser certo, à luz destas concepções, que é nos traços que ela se manifesta sob forma de padrões característicos. Não obstante, os traços parecem ser, apenas, o nível superficial no qual a personalidade deve ser compreendida. Estarão relacionados com comportamentos – ainda que apenas de um modo probabilístico – mas estarão também relacionados com motivações e pulsões, sentimentos e fantasias, estilos cognitivos e interesses intelectuais, afetando as interações interpessoais, sexualidade, mecanismos de *coping* e defesa, orientação religiosa, práticas de saúde e o bem-estar psicológico. Em suma, “os traços de personalidade são influências verdadeiramente magnânimes no funcionamento psicológico da pessoa” (Costa, Yang & McCrae, 1998, p. 33).



Silva e Nakano, (2011) apontam que “os traços de personalidade podem ser usados para resumir, prever e explicar a conduta de um indivíduo, de forma a indicar que a explicação para o comportamento da pessoa será encontrada nela, e não na situação, sugerindo, assim, algum tipo de processo ou mecanismo interno que produza o comportamento” (p. 52).

Allport e Odbert (1936, cit. por Costa & McCrae, 2006) produziram a primeira lista compreensiva de traços de personalidade, consultando o dicionário, o que permitiu identificar mais de dezassete mil nomes de traços, sendo que destes, pelo menos quatro mil pareciam ser descrições significativas dos indivíduos. Allport referiu que os traços eram estruturas neuropsicológicas reais que contribuíam para cada ação individual, sendo organizadores dinâmicos do comportamento na transação com as circunstâncias ambientais. Na distinção que fez entre traços comuns e disposições pessoais, os primeiros dizem respeito às dimensões das diferenças individuais, sendo relevantes para todas as pessoas, enquanto as disposições pessoais, em contraste, são tendências concretas encontradas nos indivíduos que podem não ser relevantes para todas as pessoas.

Existem diversas teorias da personalidade que tem como objetivo organizar o conhecimento a cerca deste tema. Porém, ao abordar as modernas teorias da personalidade é ainda necessário destacar a análise fatorial de Charles Spearman (1904), promotor deste método estatístico. Este método parece resolver o dilema com as numerosas características. A análise fatorial apresentada através de esquema, a título de exemplo na figura 1, permite reunir as variáveis em grupos maiores, reduzindo assim a informação, agrupando-se neste caso em dimensões ou tipos.



**Figura 1** – Tipo e características da personalidade, Martí (2008)

Cattell (1965), por seu lado constituiu uma verdadeira mudança no estudo da personalidade, uma vez que baseando-se na observação, definiu a personalidade como “o que permite uma predição do que uma pessoa vai fazer, numa determinada situação”, tendo desenvolvido o questionário 16 Personality Factors (16 PF) começou por formular uma lista de 16 dimensões.

Eysenck, por seu lado, criou uma taxonomia hierárquica com três grandes dimensões: psicoticismo, extroversão e neuroticismo. Cada dimensão neste sistema é um conjunto de comportamentos, hábitos e fatores co-variantes hierarquicamente organizados, que descrevem traços biologicamente baseados. Estas características são vistas como constructos dimensionais e as diferenças individuais são assumidas como resultando de combinações destes três fatores, os quais compreendem vários outros (fatores) de segunda ordem, derivados do Eysenck Personality Questionnaire (EPQ; Eysenck & Eysenck, 1975).

Derivado do trabalho de Eysenck, que identificou a extroversão e o neuroticismo como dois componentes essenciais da estrutura da personalidade, surge o Modelo dos Cinco Fatores (Five Factor Model), inicialmente concebido por Digman (1990) e reestruturado por McCrae e Costa (1992), chegando assim aos cinco tipos ou dimensões.

Este modelo, um dos mais difundidos para descrever a estrutura da personalidade dentro da teoria dos traços, sobretudo da personalidade adulta (Silva & Nakano, 2011), pressupõe a existência de cinco grandes fatores para apreender o conjunto dos traços de personalidade, designadamente: neuroticismo, extroversão, amabilidade, abertura à experiência e conscienciosidade.

### 1.3. O Modelo dos Cinco Fatores

Os cinco grandes domínios da personalidade, a que aqui é feita referência – neuroticismo, extroversão, abertura à experiência, amabilidade e conscienciosidade – têm sido propostos para resumir as diferenças individuais nos traços de personalidade humana. Allemand, Zimprich, e Hendriks (2008) têm, inclusivamente, argumentado que os cinco domínios apresentam uma base biológica, são altamente hereditários, são encontrados em inúmeras culturas e apresentam domínios análogos nas espécies mais próximas do Homem. Tendo já sido replicado este modelo em alemão, japonês, chinês, hebraico, nos EUA, em Portugal, entre outros países (Nunes & Hutz, 2002).

As primeiras conceções da teoria dos cinco fatores (McCrae & Costa, 1990 cit. por Scollon & Diener, 2006) sugeriam que os traços da personalidade se mantêm estáveis na idade adulta, chegando os mesmos a estarem “fundamentalmente fixados pela idade dos 30

anos” (p. 173, 1994 cit. por Scollon & Diener, 2006). Em 1999, contudo, estes autores propuseram que os traços se desenvolvem “... ao longo da infância e atingem a maturidade na idade adulta; a partir daí são estáveis em indivíduos cognitivamente intactos”.

Tal ponto de vista sugeria que a mudança de traços ocorreria apenas na infância ou, como resultado de alterações demenciais na idade adulta, mas que os traços não se alterariam em adultos sem patologias. Mais recentemente, os mesmos autores têm demonstrado a possibilidade de compreender que alterações pouco significativas de traços, depois da infância, poderão ocorrer, sendo contudo, mais pronunciadas no começo da idade adulta do que antes, ou depois desta.

Domínios	Facetas
Neuroticismo (N)	Ansiedade (N1), Hostilidade (N2), Depressão (N3), Auto-Conscienciosidade (N4), Impulsividade (N5), Vulnerabilidade (N6)
Extroversão (E)	Acolhimento Caloroso (E1), Gregariedade (E2), Assertividade (E3), Atividade (E4), Procura de Excitação (E5), Emoções Positivas (E6)
Abertura à Experiência (O)	Fantasia (O1), Estética (O2), Sentimentos (O3), Ações (O4), Ideias (O5), Valores (O6)
Amabilidade (A)	Confiança (A1), Retidão (A2), Altruísmo (A3), Complacência (A4), Modéstia (A5), Coração-mole (A6)
Conscienciosidade (C)	Competência (C1), Ordem (C2), Dever (C3), Luta pela Aquisição (C4), Auto-disciplina (C5), Deliberação (C6)

**Figura 2** – Domínios e facetas avaliados pelo NEO-PI-R, adaptado de M. P. Lima e A. Simões (1995)

Apesar de nas últimas décadas o Modelo dos Cinco Fatores ter gerado mais consenso relativamente ao número de dimensões, o mesmo não tem acontecido relativamente à denominação das mesmas.

Apresentam-se, de seguida, uma breve descrição das cinco dimensões nucleares:

**NEUROTICISMO** – Este termo descreve um dos domínios básicos da personalidade (McCrae & Stone, 1997), que avalia a adaptação versus instabilidade emocional, sendo um dos traços mais estudados em todo o campo da Psicologia. As crianças e os adultos que têm pontuações elevadas de neuroticismo, são ansiosas, vulneráveis ao stresse, propensas a sentir culpa, têm falta de confiança, deficiente autoimagem, sentem-se facilmente frustradas,

possuem relações inseguras e têm propensão a pensar irrealisticamente. Segundo Lima (1997), a principal preocupação deste domínio é identificar indivíduos preocupados, nervosos, que apresentem inseguranças emocionais e de auto competência, e que demonstrem respostas desadequadas de *coping*, ou seja, indivíduos que tendem a experimentar raiva, tristeza, medo, afetos negativos, culpabilidade e repulsa.

Pontuações baixas neste domínio correspondem a indivíduos emocionalmente estáveis e adaptados, calmos, com humor constante, relaxados, seguros e resilientes face a situações de stress. O aspeto central deste domínio é a tendência para vivenciar afetos negativos, como a tristeza, medo, embaraço, raiva, culpabilidade e repulsa (McCrae & Stone, 1997)

**EXTROVERSÃO** – Os extrovertidos são calorosos, divertidos, expressivos, enérgicos, dominantes e amigáveis. Apreciam a conversação e as relações pessoais chegadas, bem como a estimulação social de estranhos. São assertivos e desempenham facilmente papéis de liderança. Temperamentalmente, são caracterizados por uma necessidade de excitação, níveis elevados de energia e atividade e são muito otimistas (McCrae & Stone, 1997). Para Lima (1997), este domínio apresenta características dos indivíduos sociáveis. Sendo que, por oposto à introversão, estes indivíduos apreciam o convívio com os outros, com grupos e multidões, são otimistas, conversadores, afetuosos, gostam da diversão e apresentam-se sempre ativos.

Pelo contrário, os introvertidos, embora tenham competências sociais adequadas, preferem evitar multidões e tendem a ser reservados, sóbrios, adotando um ritmo de vida mais calmo. São mais orientados para a tarefa e independentes nas suas tomadas de decisão, não são necessariamente introspetivos, nem os extrovertidos são necessariamente ajustados (McCrae & Stone, 1997).

**ABERTURA À EXPERIÊNCIA** – Esta dimensão é um dos domínios do Modelo dos Cinco Fatores menos debatido e menos compreendido, embora seja, segundo Costa e McCrae (1992a) o mais relevante para o estudo da imaginação e da cognição. O facto de formulações alternativas a este Modelo designarem este domínio por intelecto, não significa que a abertura à experiência seja equivalente à inteligência (McCrae & Stone, 1997). Segundo os autores, este traço sublinha o interesse pela experiência sensorial, para além da experiência intelectual. Globalmente, esta dimensão traduz a procura produtiva, a apreciação da experiência, a tolerância e a exploração do não familiar (Lima, 1997). A abertura à experiência (imaginação, criatividade e sensibilidade estética) e o intelecto (facilidade em

aprender, inteligência, capacidade de compreensão) foram propostos como sendo o núcleo deste traço (John & Srivastasa, 1999); cada um destes traços pode ser um subcomponente de traços de ordem elevada. De acordo com Lima (1997) é caracterizado pela abertura a ideias, curiosidade intelectual, traduz a procura produtiva, estimar da experiência procurando uma incessante exploração por aquilo que não é familiar, criatividade, imaginação e curiosidade. Para McCrae e Costa (1992) a abertura encontra-se na amplitude, profundidade e permeabilidade da consciência e na necessidade contínua de alargar e examinar a experiência.

Os indivíduos abertos à experiência preferem a novidade, variedade e ambiguidade em vários aspetos da vida. São curiosos em relação ao seu mundo exterior e interior, são imaginativos e criativos e interessam-se pela beleza na arte e na natureza. Possuem um nível elevado de curiosidade intelectual, são liberais e não convencionais nas suas visões políticas e sociais (McCrae & Stone, 1997).

Por sua vez, para McCrae e Stone (1997), os indivíduos “fechados” à experiência são conservadores, convencionais e terra a terra, preferem a simetria e simplicidade e tendem a ter um pensamento a preto-e-branco. São relutantes em mudar as suas visões e os seus comportamentos. Para Lima (1997), pessoas que revelam uma baixa pontuação neste parâmetro são normalmente, conservadoras social e politicamente, menos interessadas pelo novo preferindo o familiar, com um leque de interesses mais limitados e convencionais.

**AMABILIDADE** – Os indivíduos amáveis são altruístas, cooperativos, empáticos, generosos, educados e simpáticos. Os indivíduos desagradáveis são agressivos, hostis, rudes, teimosos, cínicos, manipulativos e egocêntricos. A amabilidade também inclui a vontade de se acomodar à vontade dos outros. Esta dimensão também está ligada à conscienciosidade ou constrangimento, na medida em que ambos os traços possuem aspetos de inibição versus desinibição (Clark & Watson, 1999). Os dois polos da amabilidade – antagonismo e tendências pró-sociais – têm sido avaliados separadamente como traços distintos em vários estudos com crianças e adultos. O antagonismo varia entre a tendência para ser calmo e gentil e a tendência para ser agressivo e hostil. Um terceiro fator de segunda ordem que tem sido identificado nos adultos e que pode estar relacionado com o neuroticismo ou emocionalidade negativa é o cinismo/alienação (Martin et al., 2000). Este último inclui a tendência individual para desconfiar dos outros e para se sentir maltratado.

Segundo outro ponto de vista, elevadas pontuações neste domínio podem revelar distúrbios dependentes de personalidade e pontuações baixas poderão estar associadas a distúrbios narcísicos e antissociais (Lima, 1997).

**CONSCIENCIOSIDADE** – Os indivíduos conscienciosos são responsáveis, atentos, cuidadosos, persistentes, ordenados e metódicos. Elevadas pontuações neste parâmetro podem ter duas orientações: a positiva e a negativa. Positivamente está relacionado com o sucesso a nível académico e ocupacional (Lima, 1997). Por outro lado, na vertente negativa desta associação está a obsessão pelo trabalho e pelas limpezas. Quanto aos valores baixos neste domínio revelam mais despreocupação e fraca força de vontade. Os indivíduos que possuem baixas pontuações de conscienciosidade são irresponsáveis, distraídos e pouco cuidadosos (McCrae & Stone, 1997).

## 2. Coping Resiliente

### 2.1. *Coping*

De acordo com Pais Ribeiro (2009), o *coping* refere-se aos esforços para controlar, reduzir, ou tolerar as exigências criadas pelo stress. Este mesmo termo é utilizado na linguagem científica para fazer referência a “adaptação”, “confronto”, “gerir”, “lidar com”. Refere-se ao modo como as pessoas enfrentam as múltiplas exigências da vida com o objetivo de as resolver, ou seja o *coping* é algo que estamos sempre a fazer, no sentido em que temos constantemente exigências (Pais Ribeiro, 2009).

Lazarus e Folkman (1984) foram os autores que formularam a definição de *coping* mais referenciada na literatura científica disponível e apresentam-no como sendo um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais que permitem gerir as exigências específicas, internas ou externas, que são percecionadas como penosas ou como estando para além dos recursos do indivíduo. É também designado como o conjunto de estratégias a que o indivíduo recorre para se adaptar a circunstâncias adversas sejam elas crónicas ou agudas (Antoniazzi, Dell’Aglia & Bandeira, 1998).

No mesmo sentido (Holahan & Moos, 1987), definiram-no como um fator estabilizador, ou seja, que facilita o ajustamento individual ou a adaptação quando se está perante situações ou em momentos stressantes. Algumas das suas definições de *coping* destes autores referem-no como qualquer esforço de gestão de stress; coisas que as pessoas fazem para evitarem ser magoadas pelos constrangimentos da vida; comportamentos cobertos ou abertos que as pessoas implementam para eliminar o distress psicológico ou as condições stressantes.

Freud utilizava o termo “mecanismos de defesa”, no início do século XX, para representar os processos inconscientes que os indivíduos utilizavam para lidar com ameaças internas ou conflitos de modo a proteger o ego. Atualmente é possível designar esses conflitos ameaçadores como stress e esses mecanismos de defesa como “estilos de *coping*” (Pais Ribeiro, 2009).

De início todos os mecanismos de defesa eram considerados patológicos, mais tarde a evolução desta perspetiva levou a que fossem considerados adaptativos ou não adaptativos, até que em meados do século XX, a continuidade da evolução destes conceitos se ramificou: uma corrente fora da psicopatologia e com raízes na psicologia social e na psicologia cognitiva falava em estratégias de *coping* que eram todas escolhidas conscientemente, e não eram consideradas quer como saudáveis quer como patológicas. Surge assim uma linha

complementar que é mais útil para a psicologia que lida com os problemas que as pessoas têm na vida diária, e não com a doença mental (Pais Ribeiro, 2009).

Durante os anos 70 e 80, alguns autores designaram por mecanismo de *coping* determinados mecanismos de defesa adaptativos (Telles-Correia *et al*, 2008) e o estudo do *coping* começou a alargar os seus horizontes com a implementação da perspetiva defendida por Lazarus, que coloca a ênfase na avaliação cognitiva que a pessoa faz sobre os diferentes elementos do problema, distanciando assim o *coping* dos mecanismos de defesa e da patologia (Folkman, Moskowitz, 2004).

Em determinadas situações o stresse pode ser útil, constituindo uma fonte de impulso que leva o indivíduo a tomar decisões e a resolver problemas, ajudando-o a melhorar o seu funcionamento, as suas habilidades e criatividade (Vaz Serra, 2006). Porém, quando as suas causas, se prolongam e os meios de *coping* e resiliência são escassos, o stresse pode avançar para fases de maior gravidade, tornando-se vulnerável a várias doenças (Silva, 2006).

O indivíduo perante um estímulo gerador de stresse, como por exemplo a doença, desencadeia diversos processos psicológicos. Lazarus e Folkman (1984) sustentam que o indivíduo avalia o acontecimento gerador de stresse, mediante o seu potencial de ameaça e posteriormente, percebe a sua capacidade de enfrentar essa ameaça, ou seja, os recursos pessoais que pode mobilizar para a ação.

A maioria dos indivíduos recorrem a todas as estratégias de *coping* para enfrentar diversas situações geradoras de stresse, embora possam preferir umas em detrimento de outras, conforme a situação, a apreciação ou a avaliação que fazem da mesma. Não se pode falar em estratégias melhores ou piores, pois estas dependem de quem as usa, em que circunstâncias são utilizadas e das situações a que os indivíduos se pretendem adaptar (Lazarus, 1993, citado por Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004). Varela e Leal (2007) acrescentam que as estratégias de *coping* utilizadas pelos indivíduos numa determinada situação não permitem prever as que serão empregues em ocasiões futuras, devendo também ser referido que várias fontes de stresse simultâneas podem requerer a aplicação coexistente de diferentes estilos de *coping*.

Com o modelo de Lazarus nos anos setenta o *coping* passou a ser considerado como resultado de um processo que depende de uma situação concreta, mais a avaliação que o sujeito faz dela em vez de como traço geral (Pais Ribeiro e Morais, 2010). O *coping* com



uma situação stressante caracteriza-se pela mudança conforme explicam Folkman e Lazarus (1985) e interessar-se pela mudança é interessar-se pelo processo em oposição ao interesse pela estrutura. A estrutura refere-se a fatores estáveis, tais como os fatores de personalidade ou a características estáveis do meio (traços). Abordagens estruturais não fornecem informação sobre se, e como, o indivíduo enfrenta a situação. Ser orientada para o processo tem dois significados: primeiro as pessoas e o meio estão em relação dinâmica, ou seja, mudando constantemente e, segundo, esta relação é bidirecional com as pessoas e meio atuando uma sobre a outra (Folkman, 1984).

Na década de 80, o modelo clássico do *coping* de Lazarus e Folkman distingue dois grandes tipos de estratégias: as estratégias de *coping* que viabilizam a resolução dos problemas e as estratégias de *coping* orientadas para as emoções.

As primeiras ocorrem mais frequentemente quando as situações são modificáveis e referem-se ao esforço realizados no sentido de atenuar a situação que originou o stresse, tentando alterá-la ou elimina-la. O seu objetivo é modificar o problema causador de tensão, podendo ser dirigido para fonte interna ou externa e incluem estratégias de reestruturação cognitiva (como a redefinição do elemento gerador de stresse, ações diretas sobre o problema, procura de informação, negociações, pedido de ajuda externa para resolver o conflito, entre outras) (Lazarus & Folkman, 1984). Ou seja, são utilizadas quando os acontecimentos são compreendidos como passíveis de serem controlados pelo próprio. São estratégias que se centram na análise e definição do problema, criação de soluções, avaliação de custos e benefícios de cada uma das soluções e por fim, a escolha da melhor estratégia.

As segundas são direcionadas para o controlo da resposta emocional do sujeito, face ao estímulo gerador de stresse e que envolvem mais o pensar do que o agir, não implicando contudo uma atitude passiva, mas sim uma reorganização interna, que muda a reação emocional, tendo em conta a redução da sensação física de stresse. Englobam estratégias como a aceitação da doença, pensamento positivo, recursos ao apoio social que podem proporcionar benefícios ao doente ao longo da doença e também esquiva, distanciamento, comparações com outras situações, distração, desvio de atenção e uso de substâncias (drogas, álcool). São utilizadas com maior frequência quando as situações não são modificáveis. As estratégias centradas na emoção podem manifestar-se tanto ao nível físico, como ao nível dos sentimentos, de forma a manter um certo equilíbrio físico e psicológico (Lazarus & Folkman, 1984; Varela & Leal, 2007).

As estratégias de *coping* orientadas para as emoções e para a resolução de problemas surgem geralmente associadas, verificando-se que o *coping* orientado para as emoções

ocorre imediatamente após os acontecimentos e é gradualmente substituído por estratégias que visam a resolução do problema. As estratégias de *coping* não são em si mesmas adequadas ou inadequadas, eficientes ou ineficientes. A sua eficácia deve-se ao equilíbrio entre o controlo do desconforto emocional e a gestão do problema que origina o desconforto (Varela & Leal, 2007). Carver *et al.* (1989) clarificam que o *coping* focado no problema tende a predominar quando as pessoas sentem que pode ser feito algo de construtivo, e que o *coping* focado nas emoções tende a predominar quando as pessoas sentem que o *stressor* tende a persistir.

Assim sendo, o *coping* é uma variável intermediária entre um acontecimento e os resultados ou consequências desses acontecimentos. Se este processo funcionar de modo ideal, os seus resultados a longo termo serão positivos ou, dito de outra maneira, o processo de *coping* teve efeitos adaptativos (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004). Um *coping* adequado a dada situação conduz a um ajustamento adequado, como evidência da adaptação (ou ajustamento) encontramos o “bem-estar, o funcionamento social, e a saúde somática” (Lazarus, DeLongis, Folkman, & Gruen, 1985, p. 770).

Diferentes formas de *coping* podem ocorrer no contexto, por exemplo, de uma doença. Um indivíduo com cancro pode ter que lidar com diferentes situações negativas inerentes à doença oncológica, em cada estágio e, por isso, adotar estratégias de *coping* distintas (Lazarus, 1992). Se a estratégia de *coping* que o indivíduo adota resulta, no sentido de equilibrar o estado emocional, existe uma tendência para voltar a utilizá-la perante um outro acontecimento negativo (Lazarus, 1992).

Desta forma, o processo de *coping* numa situação de diagnóstico e de tratamento de uma doença, como o cancro, pode ser um importante determinante do curso da doença e dos cuidados médicos recebidos (Holroyd & Lazarus, 1982).

O diagnóstico e tratamento do cancro representam intensas fontes de stresse a confrontar pelo doente e também pelo grupo de cuidadores informais, com destaque da família.

Em contexto oncológico, o *coping* pode ser compreendido como um conjunto de operações de regulação e esforços para manter um nível desejável de funcionamento pessoal face às exigências, que requerem muitos recursos individuais. De facto, os problemas de saúde consistem em acontecimentos stressores importantes que se definem através da interação entre vários sistemas: recursos fisiológicos (resistência às alterações), práticas comportamentais (adaptação), reações psicológicas (otimismo) e recursos sociais (rede

social extensa) (Endler, Parker e Summerfeldt, 1998). Na realidade, o *coping* representa não mais do que um conjunto de recursos intrapessoais, que permite a adaptação humana a situações de crise e gestão do stresse, não devendo ser descurada a ideia da subjetividade emocional que cada experiência proporciona.

É ainda de salientar que a eficácia do *coping* é fortemente influenciada pela duração e intensidade da situação de stresse. Tendo em conta que o cancro tende a prolongar-se no tempo, são exigidos muitos recursos psicológicos e sociais para realizar a tarefa de confronto, que pode ser adaptativo ou pelo contrário, não ter os efeitos exigidos pelas necessidades.

Assim, é fulcral perceber o papel decisivo da perceção individual na forma como se confronta a doença, na medida em que, e segundo Joyce-Moniz e Barros (2005, p. 65), “se a significação da doença e do seu confronto é adequada, a pessoa pode controlar as suas emoções e atitudes, respondendo corretamente às situações; mas se a leitura da realidade é má, tudo o resto – reações emocionais e comportamentos instrumentais – pode ser igualmente mau”

## 2.2. Resiliência

O termo resiliência teve origem no âmbito da Física e da Engenharia, partindo do princípio que “um material é denominado resiliente quando a energia de deformação máxima que ele é capaz de armazenar não gera nele deformações permanentes” (Angst, 2009, p. 254), sendo posteriormente desenvolvido na área das Ciências Sociais e Humanas.

Trata-se de um conceito que se tem vindo a estudar nos últimos 50 anos e a sua origem é proveniente do latim, mais especificamente da palavra “resilio” que significa voltar atrás, saltar para trás, destacar-se, salto (Becoña, 2006).

Perante a elevada probabilidade de ocorrerem eventos adversos ao longo do desenvolvimento, existem pessoas que ao passarem por situações traumáticas, superam-nas e saem fortalecidas, ao passo que outras não conseguem recuperar. Um dos motivos para que cada indivíduo lide de formas diferentes perante problemas semelhantes está relacionado com o conceito de resiliência (Angst, 2009).

Para Luthar *et al.* (2000) a resiliência refere-se a “um processo dinâmico que abrange a adaptação positiva num contexto de adversidade significativa” (p. 543). Implícitas a esta noção há duas condições críticas a considerar, a exposição a uma ameaça ou adversidade

grave, e conseguir uma adaptação positiva apesar de ataques ao processo de desenvolvimento.

Na perspectiva de Richardson (2002), a resiliência tem sido definida como um processo de *coping* com a adversidade, com a mudança, ou como a oportunidade para fortalecer qualidades resilientes ou fatores de proteção.

No mesmo sentido, Yunes (2003) caracteriza a resiliência como “processos que explicam a superação de crises e adversidades em indivíduos, grupos e organizações” (p. 76). A resiliência tenta entender de que forma crianças, adolescentes e adultos são capazes de sobreviver e superar adversidades, apesar de viverem em condições precárias, violência intrafamiliar, consequências de uma catástrofe, entre outras (Luthar, 2000). Na área da intervenção psicossocial, a resiliência tenta envolver processos que integram o indivíduo e o seu contexto social, ajudando-o a superar o risco e adaptando-se à sociedade para ter melhor qualidade de vida (Infante, 2005).

Infante (2005), defende que apesar de existirem várias definições, a que melhor define o conceito de resiliência é a de Luthar (2000), que a explica como um processo dinâmico que resulta numa adaptação positiva em contexto de crise e, onde estão intrínsecos três componentes essenciais: noção de adversidade, trauma, risco ou ameaça ao desenvolvimento humano; adaptação positiva ou superação da adversidade; processo que considera a dinâmica entre mecanismos emocionais, cognitivos e socioculturais que influenciam o desenvolvimento humano.

Deste modo, a resiliência trata-se de um processo complexo que se refere à capacidade para se ajustar positivamente a fatores de stresse importantes, ou a capacidade para recuperar de situações adversas, conforme explicam Sinclair e Wallston (2004) no âmbito do estudo da Escala Breve de Coping Resiliente. De acordo com os autores, três dimensões são necessárias para que exista resiliência: «capacidade para enfrentar», «capacidade de continuar a desenvolver-se» e ainda «aumentar as competências».

Em síntese, as diferentes definições do conceito de resiliência enfatizam características do sujeito como adaptabilidade, habilidade, temperamento, competência social, e todas se produzem diante situações adversas e stressantes que lhes permite enfrentá-las e superá-las.

A utilização de estratégias de *coping* adaptativas consiste num dos indicadores para desenvolvimento do processo de resiliência (Angst, 2009). Desta forma, é possível concluir que o *coping* e resiliência são processos interligados, mas existe diferença, pois uma resposta

de *coping* pode ser bem-sucedida ou não, enquanto a resiliência é definida pelas consequências bem-sucedidas de determinados comportamentos cognitivos.

Ruiz e colaboradores (2010) consideram que através de uma experiência traumática, a resiliência é encarada como a capacidade da pessoa se adaptar, enfrentar e sobrepor-se a situações que causam dor emocional, tragédias ou situações vitais adversas. Posteriormente, a resiliência irá determinar essa adaptação mediante a vivência do indivíduo, se a readaptação ocorre em mais ou menos tempo e de uma maneira saudável.

Em algumas situações a vivência do trauma pode ser tão intensa, que as sequelas poderão prolongar-se por toda uma vida (Echeburúa & Corral, 2007; Echeburúa, Corral & Amor, 2002). Por outro lado, no extremo contrário, encontram-se aquelas pessoas às quais a vivência do trauma lhes proporciona um crescimento pessoal e faz com que as suas vidas adquiram um novo sentido, enfrentando com maiores garantias de êxito a nova realidade (Vázquez, Castilla & Hervás, 2009). É neste contexto de superação das adversidades que surge o constructo de resiliência.

Assim, o processo de resiliência não pode ser considerado um processo estável e estático, mas sim um processo em contínua construção variando de acordo com as circunstâncias da vida (Anaut, 2005; Luthar *et al.*, 2000). E também não pode ser entendida como uma característica inata, mas que surge da interação dinâmica entre as características individuais e da complexidade do contexto ecológico (Polleto & Koller, 2008).

Pais Ribeiro e Moraes (2010) esclarecem que o conceito de “resiliência” tem sido utilizado com dois grandes sentidos, como traço e como processo dinâmico. Deve-se utilizar o termo “Resiliente” (resiliency) para designar o traço e “Resiliência” (resilience) para designar o processo (Luthar *et al.*, 2000).

### 2.3 *Coping* Resiliente

A resiliência é um conceito que vem da física. É definida como a característica da matéria para resistir ou para recuperar a sua forma original depois de experimentar altas pressões (McAslan, 2009). Este termo também tem sido aplicado a outros campos, tais como a psicologia. Neste último campo, o conceito de resiliência tem sido entendido como a forma como os seres humanos reagem a eventos stressantes ou adversidades. Além disso, também pode ser entendido como um conceito dinâmico que pode variar perante as diferentes fases da vida humana, por exemplo, durante o processo de envelhecimento. De facto, algumas

pesquisas têm vindo a usá-lo como um indicador de envelhecimento bem-sucedido (Wagnild, 2003).

O conceito de *coping* é fundamental para se compreender a capacidade de resiliência do indivíduo. Apesar de o *coping* servir para descrever uma determinada abordagem do processo de resiliência, estes dois conceitos não são sinónimos já que a resiliência implica modalidades de resistência ao stresse e a capacidade de enfrentar (*coping*), mas também se refere à capacidade de prosseguir o desenvolvimento e aumentar as suas capacidades numa situação adversa (Pais Ribeiro & Moraes, 2010). O *coping* ocorre num momento determinado enquanto a resiliência percorre o tempo. A principal característica que distingue *coping* resiliência e o *coping* propriamente dito é a capacidade para promover uma adaptação positiva apesar do elevado índice de stresse (Sinclair & Wallston, 2004).

O conceito de “resiliência” tem sido utilizado com dois grandes sentidos, como traço e como processo dinâmico. Deve-se utilizar o termo “Resiliente” (resiliency) para designar o traço e “Resiliência” (resilience) para designar o processo (Luthar et al, 2000).

O desenvolvimento do conceito tem mostrado a necessidade de identificar o *coping* resiliente que seja suscetível de conduzir a resultados positivos (Sinclair & Wallston, 2004). Estes autores, enquanto definição geral, e como já foi referido anteriormente, consideram *coping* os esforços cognitivos e comportamentais para enfrentar exigências internas e externas avaliadas como excessivas para os recursos pessoais, tal como Lazarus e Folkman definiram na década de 80. Porém, acrescentam uma característica diferenciadora de *coping* resiliente, como a capacidade para promover uma adaptação positiva perante existência de stresse elevado.

Pesce et al (2004) mencionam que das mais variadas estratégias do *coping* os sujeitos resilientes tendem a utilizar mais estratégias de confronto direto dos problemas (gerir o problema que se encontra na origem da perturbação do sujeito) e a utilizar menos estratégias de evitamento (através de estratégias passivas que reduzem a tensão emocional). No mesmo sentido, para Sinclair e Wallston (2004), as pessoas com um padrão de enfrentamento resiliente tenderiam a usar com maior frequência a reavaliação cognitiva da situação e a resolução ativa de problemas

Ao tentar compreender-se as pessoas confrontadas com problemas de saúde, é sem dúvida, importante identificar as características ou fatores que podem promover a resiliência. Essas características passam pelo otimismo, estratégias de *coping* e apoio social. As atuais

medidas de "resiliência" parecem fornecer um resumo útil em relação à pontuação dos recursos que geralmente apoiam adaptação positiva (Smith *et al*, 2008)

### 3. Felicidade Subjetiva

Aparentemente a promoção da felicidade está a emergir como uma prioridade em saúde pública em vários países. Tal torna-se mais evidente num relatório recentemente publicado pela Organização Mundial de Saúde, esse mesmo documento indica que países como o Reino Unido, França e Canadá estão a seguir o exemplo do Butão, considerando índices nacionais de felicidade para complementar medidas existentes de desenvolvimento populacional (The happiness effect).

De acordo com Damásio (2013), o estudo científico da felicidade é um dos mais desafiantes temas em investigação psicológica, uma vez que o constructo vem sendo investigado há pelo menos 5 décadas. Tendo sido influenciado por outras áreas como a Filosofia, inicialmente, Economia e mais recentemente Psiquiatria e Neurociências de forma a se perceber quais os constituintes da felicidade e como as pessoas a podem desenvolver.

Durante este período vários instrumentos foram desenvolvidos para avaliar o constructo, tendo a maior parte deles como base a ideia de que a felicidade é caracterizada pela frequência elevada de afetos positivos e a baixa frequência de afetos negativos. Porém, esta ideia não é totalmente aceite, pois há autores que contrapõem através de provas empíricas que: a) pessoas que experimentam eventos negativos e consequentemente afetos negativos, podem apresentar níveis elevados de felicidade dependendo do significado e processo de adaptação atribuídos ao eventos e b) nem todos os afetos positivos conduzem levam diretamente ao um aumento da felicidade (Damásio, 2013).

Apesar da lista de definições para o constructo “felicidade” existe consenso geral de que inclui estados mentais e emocionais positivos de prazer (enjoyment) e contentamento (contentment) (Richards et al., 2015). De acordo com Lu e Argyle (1994) a felicidade não é o oposto da depressão, mas a ausência de depressão é necessária para alcançar a felicidade, pois se tal condição fosse verdadeira não seria necessário verificar e medir felicidade uma vez que a depressão já se encontra bem estudada. Lyubomirsky, Tkach e DiMatteo (2006) distinguem como preditores (predictors) da felicidade o temperamento, a extroversão, o neuroticismo, a satisfação global com vida e as relações sociais

Diener et al (2013) defendem que a felicidade conduz a atitudes positivas perante a vida, autoconceito positivo, atitudes desejáveis e realização pessoal, assim como resultados na saúde mental e equilíbrio emocional, esperança em relação ao futuro, atitudes satisfatórias e desejáveis quanto ao próprio e outros e relações sociais equilibradas. Adicionalmente, evita o ódio, a consciência da escolha de objetivos de vida, tentativa de cumprir esses mesmos



objetivos, evita a perda de tempo e a preguiça, aumenta os objetivos de vida alcançados, melhora o desempenho do sistema imunitário corporal contra o stresse, melhora o sono e aumenta a tendência de ajudar os outros, entre muitos outros.

Presentemente, sabe-se que os indivíduos felizes são mais bem-sucedidos em múltiplos domínios da vida quando comparados com indivíduos infelizes (Lyubomirsky, King & Diener, 2005). Em geral, as pessoas tendem a perceber-se a si próprias “em estados de afeto positivo” quando áreas importantes da sua vida lhes estão a correr bem. Estas áreas e a sua respetiva importância (casamento, amizade, vencimento, performance no trabalho, saúde, etc.) são, contudo, diferentes de cultura para cultura, por isso é difícil comparar níveis de felicidade entre culturas num determinado domínio específico (Diener, 2000). Deste modo, dois grandes problemas emergiram da definição e medição da felicidade: já não poderia ser definida como a simples prevalência dos afetos positivos sobre os afetos negativos e a medição de domínios específicos poderia limitar uma compreensão global de felicidade entre as diferentes culturas (Damásio, 2013).

Considerando o exposto anteriormente, a primeira abordagem a avaliar a felicidade numa perspetiva não teórica foi proposta por Lyubomirsky e Lepper em 1999, pois estas autoras apresentaram a medida “subjettiva” da felicidade através da escala por elas criada: Escala de Felicidade Subjetiva. Segundo Damásio (2013), este instrumento tratou-se da primeira tentativa para avaliar a felicidade sem incluir à partida uma definição do constructo ou pelas palavras de uma das autoras, este instrumento avalia a felicidade sem considerar o que a felicidade é (Lyubomirsky, Sheldon & Schkade, 2005). Dado que a felicidade pode apresentar diferentes conceções e causas de acordo com cada pessoa, a vantagem desta abordagem é permitir aos intervenientes definir os seus próprios níveis de felicidade, e o único aspeto relevante a salientar é quão felizes os inquiridos pensam que estão no momento da aplicação (Damásio, 2013).

Segundo Nave-Real, Pais-Ribeiro e Martins-Oliveira (2012), os efeitos da felicidade na saúde já se encontram estudados, acreditando-se que a felicidade ajuda a curar e a proteger contra a doença. Veenhoven (2009) na sua revisão de literatura sugere que a felicidade não cura doenças graves, contudo protege as pessoas de ficarem doentes. O mesmo autor conclui que as pessoas felizes têm uma maior longevidade de vida, provavelmente porque a felicidade protege a saúde, alertando para o facto que a saúde pública em geral poderia beneficiar adotando medidas de promoção da felicidade. Nave-Real, Pais-Ribeiro e Martins-Oliveira (2012), salientam ainda que vários outros autores afirmam que as pessoas felizes reportam melhor saúde e menos sintomas físicos desagradáveis. Por seu lado também Diener

e Seligman (2002) descobriram que as pessoas mais felizes apresentavam menos sintomas psicopatológicos como depressão, hipocondria ou esquizofrenia.

A definição do constructo felicidade torna-se por vezes indissociável de outros termos que a ela se encontram ligados direta ou indiretamente. Desta forma, o Relatório Mundial da Felicidade (World Happiness Report) referido por Bartels (2015) explica que a felicidade faz parte do conceito de bem-estar e por vezes temos como o bem-estar, satisfação com a vida, felicidade ou qualidade de vida são utilizados de forma alternada e a literatura em geral considera a felicidade como indicador de bem-estar subjetivo (Pais Ribeiro, 2012)

Surge assim, na década de 80 o conceito de Bem-Estar Subjetivo (BES). O BES refere-se a avaliações cognitivas e emocionais das pessoas, incluindo o que as pessoas costumam chamar de felicidade, paz e satisfação com a vida (Diener, 1984). Para as autoras Lyubomirsky e Lepper (1999) a felicidade subjetiva é considerada como um indicador extenso e compreensivo do bem-estar subjetivo que é definido de acordo com a perspetiva da própria pessoa. Isto é, trata-se de uma dimensão positiva da Saúde, mais concretamente da Saúde Mental (Diener, Suh & Oishi, 1997) e é uma área da Psicologia que tem crescido reconhecidamente nos últimos anos e tem abarcado estudos com as mais variadas nomeações: felicidade, satisfação, estado de espírito, afeto positivo e também avaliação subjetiva da qualidade de vida. O bem-estar subjetivo tem por função a manutenção de um ambiente psicológico favorável na presença de um cenário de mundo hostil, sendo ativado em várias circunstâncias como situações de doença, luto e ameaças à integridade física e psicológica (Ponte & Pais-Ribeiro, 2014).

Apesar das discórdias teóricas relativas ao conceito de BES, presentemente a sua definição é unânime (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). De uma forma geral, é possível afirmar que se trata de um constructo que corresponde à avaliação, quer cognitiva, quer afetiva, que cada um de nós faz da sua própria vida (Diener, Lucas & Oishi, 2002). Neste sentido, trata-se de um conceito multidimensional que inclui um diferencial positivo entre emoções/ afetos positivos e negativos e elevados níveis de satisfação com a vida (Idem, 2002) e que se situa sempre na perspetiva do indivíduo, caracterizando-se como uma avaliação a longo termo, não apenas um estado temporário (Diener et al., 2003; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Recuando aos pensadores da antiguidade, o filósofo pré-Socrático Democritus, defendia que a felicidade consistia numa vida feliz, que dá prazer, não por causa do que a

pessoa feliz possuía mas sim por causa do modo como ela reagia às circunstâncias da vida. Esta abordagem foi abandonada durante séculos quando Sócrates, Platão, e Aristóteles impuseram a perspetiva de felicidade eudemónica, que consistia na posseção de grande quantidade de bens, embora Aristóteles defendesse que a felicidade consistia na realização total do potencial pessoal, não sendo o prazer um elemento central na definição. Pelo contrário, para os hedonistas como Aristippus, a felicidade era simplesmente a soma de muitos prazeres momentâneos, a sua filosofia defendia que o objetivo da vida era a procura do prazer adaptando as circunstâncias a si próprio mantendo o controlo sobre a adversidade e a prosperidade (Pais-Ribeiro, 2012).

Modernamente, o conceito é introduzido no século XVIII, na declaração da independência dos Estados Unidos da América, onde afirmava o direito dos cidadãos à vida, à liberdade, e à procura (*pursuit*) da felicidade. Já na Constituição da República Portuguesa não se encontra o termo felicidade mas sim bem-estar e qualidade de vida. Onde se afirma que são tarefas fundamentais do Estado promover o bem-estar e a qualidade de vida do povo e a igualdade real entre os portugueses, assim como a efetivação dos direitos económicos, sociais, culturais e ambientais, mediante a transformação e modernização das estruturas económicas e sociais (Pais-Ribeiro, 2012). Isto é, de acordo com o mesmo autor, em Portugal, surge bem-estar e qualidade de vida numa posição similar da felicidade da constituição dos Estados Unidos da América simultaneamente, sugerem-se os elementos que podem contribuir para esse bem-estar e qualidade de vida, que é mais numa perspetiva eudemónica.

Fordyce (1983, cit por Pais-Ribeiro, 2012), um dos primeiros autores a fazer intervenção para promover a felicidade, descreve-a como uma sensação emocional de bem-estar, que recebe muitos nomes (contentamento, completude, autossatisfação, alegria, paz de espírito, etc.). Lyubomirsky e Lepper (1999), que desenvolveram uma medida global de felicidade subjetiva, dizem que esta (“*subjective happiness*”) consiste numa avaliação individual (subjetiva) que uma pessoa faz se é feliz ou infeliz, refletindo uma categoria de bem-estar abrangente e molar, enquanto fenómeno psicológico.

No seu modelo de felicidade Lyubomirsky, Sheldon e Schkade (2005) propuseram que três fatores principais contribuem para os níveis de bem-estar das pessoas: a) os seus níveis intrínsecos de felicidade (os níveis geneticamente estáveis e determinados de felicidade); b) as suas circunstâncias de vida (vencimento, estatuto marital ou religiosidade) e c) cognições positivas, comportamentos e atividades direcionadas para objetivos. Os

mesmos autores assinalam ainda, que apesar dos genes e dos traços de personalidade poderem ter influência na manutenção nos níveis de felicidade durante o tempo, o fato dos indivíduos estarem predispostos a adaptarem-se a experiências de vida positivas com relativa facilidade, comprometendo-se em atividades que aumentam a felicidade (tais como alcançar objetivos importantes, meditar, ser amável para os outros, pensar de modo otimista ou expressar gratidão) tem o potencial de melhorar os níveis de felicidade por períodos de tempo significativos. Costa, McCrae e Zonderman (1987) defendiam que as pessoas tinham tendência para manter os mesmos níveis de felicidade ao longo do tempo.

Lyubomirsky et al (2011) descobriram no seu estudo que para ser mais feliz as pessoas precisam não só de determinação (will) mas também um rumo próprio (proper way). A determinação poderá advir da motivação, expectativas e diligências quanto ao rumo próprio vem da execução da atividade correta. No mesmo sentido, estes autores demonstraram que a motivação e o investimento em se tornar uma pessoa mais feliz também tem importância. Ou seja, expressar gratidão e otimismo, em geral, não aumentou o bem-estar a menos que a pessoa estivesse verdadeiramente consciente do propósito dos exercícios utilizados no estudo e motivada para melhorar a sua felicidade.

Noutro estudo Lyubomirsky, King e Diener (2004) revelam que as pessoas felizes obtêm benefícios tangíveis em diferentes domínios da vida, devido ao seu estado de espírito positivo, tais benefícios incluem melhores recompensas sociais, assim como maior probabilidade de casamento e menor probabilidade de divórcio, mais amigos, rede social fortalecida e interações sociais mais saudáveis.

Porém, McCrae e Costa (1994) defendem que esforçar-se em alcançar a felicidade pode inevitavelmente resultar em profundo desapontamento para uma grande parte das pessoas. Perante esta perspectiva, em vez de procurar uma espiral ascendente, talvez fosse melhor que as pessoas simplesmente aceitassem a sua própria personalidade e os seus níveis de felicidade.

Tentando resumir se a felicidade pode ou não ser aumentada Lyubomirsky, Sheldon e Schkade (2005) apontam a existência de um paradoxo, uma vez que as perspectivas teóricas e os dados empíricos sugerem que a felicidade pode ser aumentada, contudo outras teorias e dados indicam precisamente o contrário.

De acordo com Lyubomirsky (2001), as pessoas felizes, ou seja aquelas que experimentaram um predomínio de emoções positivas, têm tendência a ser bem-sucedidas e realizadas em múltiplos domínios da vida. Será então que a felicidade se encontra

relacionada com resultados positivos? A autora propõe que não é apenas o sucesso que conduz à felicidade, mas sim o afeto positivo que estimula o sucesso. Temperamentos e emoções positivas levam as pessoas a pensar, sentir e atuar de forma a promover tanto uma adequada construção de recursos como o envolvimento e aproximação dos seus objetivos.

A mesma autora e colaboradores, em 2005, afirmam que as características relacionadas com o afeto positivo incluem confiança, otimismo, e autoeficácia; agradabilidade e interpretações positivas dos outros; sociabilidade, atividade e energia; comportamento pro social; imunidade e bem-estar físico; *coping* efetivo perante stresse e desafios; assim como originalidade e flexibilidade. O que todos estes atributos têm em comum é que todos eles encorajam o envolvimento com a procura de objetivos e com o ambiente. Consequentemente, a autora propõe que o sucesso das pessoas felizes se deve a dois fatores principais. Em primeiro lugar porque as pessoas ditas mais felizes experimentam mais frequentemente humor positivo, elas têm uma maior probabilidade em trabalhar ativamente na direção de novos objetivos enquanto experimentam esse tipo de humor. E em segundo lugar as pessoas felizes têm na sua posse capacidades e recursos que construíram durante o tempo perante estados prazerosos de humor anteriores. Assim a autora conclui afirmando que as pessoas cronicamente felizes são, em geral, mais bem-sucedidas e o seu sucesso deve-se em grande parte à consequência da sua felicidade e à experiência frequente de afetos positivos.

Outros autores encontraram definições de felicidade que se relacionam com o sucesso muito semelhantes, Diener, Sandvik e Pavot (1991) apontam que é a experiência de emoções positivas que conduz às consequências comportamentais e a felicidade descreve pessoas que passaram por tais emoções uma grande percentagem de tempo. Desta forma, é possível afirmar, que a literatura de referência suporta a noção de que é a quantidade de tempo que a pessoa experimenta afetos/ emoções positivas que define a felicidade e não necessariamente a intensidade desse mesmo afeto (Lyubomirsky, King & Diener, 2005). E não surpreende que as pessoas felizes se descrevam como mais saudáveis e com menos sintomas físicos indesejáveis (Mroczek & Spiro, 2005; Røysamb, Tambs, Reichborn-Kjennerud, Neale & Harris, 2003).

No que respeita às relações da felicidade com a sociabilidade e extroversão a literatura sugere que os indivíduos felizes têm personalidades extrovertidas e com iniciativa. Sendo que os extrovertidos são calorosos, gregários, sociáveis, assertivos, interessados em coisas novas, dinâmicos (lively), ativos e energéticos (Lyubomirsky, King & Diener, 2005). Evidência correlacional extensa indica que indivíduos felizes apresentam maior

probabilidade de apreciarem atividades de lazer e interações sociais, experimentar estados de maior fluência e estarem mais satisfeitos com as suas atividades em geral. Estudos diários laboratoriais corroboram tais descobertas, ou seja, os indivíduos felizes aparentam ter interações mais prazerosas e de maior sucesso social com os outros (Lyubomirsky, King & Diener, 2005). Tentando responder à pergunta: O afeto positivo promove características positivas e favoráveis? Os mesmos autores chegam à conclusão de que existe evidência significativa que o afeto positivo promove os seguintes recursos, capacidades e comportamentos: sociabilidade e atividade, altruísmo, gostar de si e dos outros, corpo e sistema imunitário fortalecidos e capacidades efetivas de resolução de conflitos.

Boehm e Lyubomirsky (2009) sugeriram que os indivíduos felizes são aqueles que veem o mundo de forma mais positiva e de modo a promoverem essa felicidade. As descobertas de Lauriola e Iani (2015) são consistentes com a visão anterior e demonstraram que os julgamentos que as pessoas fazem de si próprias, da sua vida e do seu futuro são mecanismos cognitivos fundamentais que interferem com a felicidade de cada um.

De acordo com alguns autores as relações entre a personalidade e a felicidade subjetiva são complexas e determinadas por múltiplos fatores (Lyubomirsky & Tkach 2006; Hampson, 2012; Warner & Vroman, 2011).

Os académicos também concordam que a medida na qual as pessoas são felizes depende não só das circunstâncias da vida ou das atividades intencionais, mas também dos traços de Personalidade, fatores como a Extroversão e o Neuroticismo têm sido por diversas vezes descritos como os traços de Personalidade mais proeminentes na determinação do “ponto de partida” (set-point) em torno do qual a felicidade subjetiva de cada indivíduo varia (Lykken & Tellegen, 1996; Lyubomirsky, Sheldon & Schkade, 2005).

Durante as décadas passadas tem havido um aumento no consenso da reivindicação de que os cinco grandes fatores de personalidade interferem nas inter-correlações entre descritores de traço e diferenças de variáveis individuais (McCrae, 2009). Em estudos acerca do bem-estar não se estabeleceu a ligação entre Personalidade e Felicidade Subjetiva, assim como revelaram quais dos domínios dos Cinco Fatores são mais preditivos. Enquanto a felicidade subjetiva resultou em correlações de cerca de 0.50 com a Extroversão e o Neuroticismo, as associações com outros domínios dos Cinco Fatores foram menos significativas, em média, cerca de 0.15 com a Abertura à Experiência, 0.30 com a Amabilidade e 0.35 Conscienciosidade (Strobel, Tumasjan & Spörrle, 2011; Purvis, Howell

& Iyer, 2011; McConnell, Brown, Shoda, Stayton, & Martin, 2011; Neff, Rude & Kirkpatrick, 2007; Spörrle, Strobel & Tumasjan, 2010).

#### 4. Cuidados Paliativos

A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) define cuidados paliativos como uma “resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias. São cuidados de saúde ativos, rigorosos, que combinam ciência e humanismo” ([www.apcp.com.pt](http://www.apcp.com.pt)).

A definição de Neto (2010) vai de encontro à descrita anteriormente, pois refere-se aos cuidados paliativos como cuidados de saúde ativos, rigorosos e científicos destinados à melhoria do bem-estar e qualidade de vida dos doentes que sofrem de uma doença grave ou incurável.

Por seu lado, a World Health Organization [WHO] (2002) cit por Ponte e Pais-Ribeiro (2014) refere que os mesmos atuam na deteção precoce, avaliação adequada e tratamento de problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais, como forma de prevenir e aliviar o sofrimento, trabalham em equipa para dar resposta às necessidades dos doentes e famílias e, oferecem um sistema de apoio para ajudar os doentes a viverem de uma forma tão ativa quanto possível até à morte, e as famílias a lidarem com a doença e com o processo de luto.

Twycross (2003) define-os como “cuidados ativos e totais aos pacientes com doenças que constituam risco de vida, e suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, num momento em que a doença do paciente já não responde aos tratamentos curativos ou que prolongam a vida” (p. 16).

Este movimento iniciou-se em Inglaterra na década de 60, foi-se alargando ao Canadá, Estados Unidos e mais recentemente (no último quartel do século XX) à restante Europa ([www.apcp.com.pt](http://www.apcp.com.pt)), tendo-se verificado, nos últimos anos, um aumento da criação de instituições a prestar cuidados paliativos num número cada vez maior de países (Twycross, 2003).

A literatura científica disponível acerca deste tema preconiza que para que sejam prestados cuidados paliativos efetivos é imprescindível ter em consideração algumas noções importantes, tais como: controlo sintomático, pois é indispensável saber reconhecer, avaliar e tratar adequadamente os múltiplos sintomas que surgem e que têm repercussões diretamente sobre o bem-estar do paciente; comunicação, que tem que ser adequada ao doente/família e equipa terapêutica, de forma a permitir o estabelecimento de uma relação empática, aberta, honesta e de apoio; apoio à família, a aliança entre a equipa e doente/família é a essência dos cuidados paliativos. É necessário avaliar a capacidade da



família para a prestação de cuidados, integrá-la na equipa, acompanhando-a e ensinando-a quanto à prestação de cuidados e trabalho em equipa multiprofissional, uma vez que é a forma mais adequada de responder integralmente às diferentes carências de cada doente/família, combinando conhecimentos dos diversos profissionais para uma resposta mais adequada.

Para além dos temas descritos anteriormente, muitos outros e suas especificidades são necessárias ter em conta para que se possam prestar bons cuidados ao paciente paliativo. Conforme indicam Silva e Hortale (2006), aprender a lidar com as perdas num contexto de doença crónica é um desafio que poucos se propõem a discutir, e muito menos a enfrentar. Ajudar indivíduos com doenças avançadas e potencialmente fatais (doenças terminais) e seus familiares num dos momentos mais cruciais de suas vidas é uma atividade ou um modelo de atenção à saúde denominado “cuidados paliativos”.

## 5. Evidências da relação entre os Cinco Fatores de Personalidade, níveis de *Coping* e de Felicidade em doentes paliativos

Num artigo redigido em 2009, Pais Ribeiro afirma que as características psicológicas das pessoas são importantes no modo como enfrentam as situações, dependem do modo como as pessoas acham como podem controlar as situações, ou seja, “o que acontece depende do que faço? (locus de controlo interno) ou é fruto do acaso ou de forças exteriores aos indivíduos como a sorte, ou os deuses (locus externo); eu acredito que sou capaz de enfrentar a situação e se eu conseguir resolver a situação isso vale a pena? (autoeficácia); eu espero que as coisas vão correr bem no futuro e essas coisas valem a pena? (otimismo); eu sei como alcançar o que o meu futuro me oferece, e tenho energia para o fazer? (esperança); eu sou um bom companheiro, faço bem o meu trabalho, sou um bom amigo (auto conceito?); gosto de mim? Aprecio positivamente o modo como sou (autoestima); tenho amigos que me apoiam, a minha família dá-me apoio? Tenho amigos íntimos a quem posso recorrer em caso de aperto? (suporte social); tenho recebido da vida algo próximo do que eu desejava? (satisfação com a vida); sou uma pessoa feliz? (felicidade); há uma força superior que me guia? (espiritualidade, religião...) ”.

O autor refere que todos estes aspetos influenciam o modo como enfrentamos as agruras e os desafios da vida, e o modo como nos sentimos em função disso. Mais genericamente o estilo de vida das pessoas fortalecem-nas, tornam-nas mais aptas a resistirem ao stresse de vida diária.

De acordo com vários autores, o *coping* possui múltiplas funções que são afetadas por vários fatores, estes incluem: características sociodemográficas (tais como educação e nível sócio económico); características de personalidade (incluindo o otimismo, o neuroticismo e a extroversão); e características do contexto de stresse (incluindo a sua controlabilidade) (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004; Eschenbeck, Kohlmann; Lohaus, 2007).

Uma doença pode ser encarada como uma situação geradora de stresse que é vivida pelo doente como uma crise (um desequilíbrio na homeostasia do indivíduo). Para enfrentar essa crise, é fundamental que o indivíduo apresente formas eficazes de adaptação, ou seja, deverá desenvolver capacidades de *coping* (Fonseca, 2004). Por outras palavras, numa situação de doença, um indivíduo terá de ser capaz de lidar com os aspetos físicos do problema, no entanto, ele terá também de encontrar estratégias, para lidar com a angústia, o desconforto e a impotência, assim como, manter-se adaptado. Neste contexto as estratégias

de *coping* permitirão lidar com a perda de saúde, perda das capacidades físicas e perda de certeza quanto ao futuro, preservando a integridade física e emocional do indivíduo (Varela & Leal, 2007).

Encarando-se a resiliência como uma capacidade do sujeito em responder de forma satisfatória a determinados desafios e situações adversas, sem que a sua saúde mental e desenvolvimento sejam afetados, as estratégias de *coping* funcionam como um pré requisito primordial para uma adaptação com sucesso, enquanto variáveis mediadoras dos efeitos do stresse (Machado, 2010; Lima, Lemos & Guerra, 2002).

McCrae e Costa (1986), por seu lado, examinaram as variáveis de personalidade enquanto preditores de *coping* e concluíram que a afetividade positiva estava associada com estratégias de *coping* mais efetivo e “maduro”. Uma forte correlação foi também encontrada por Miller e Schnoll (2000) entre emoção positiva e o *coping* através de envolvimento ativo. Lyubomirsky, King, e Diener (2005) sugerem que a felicidade e os afetos positivos podem estar associados com o aumento do bem-estar físico devido à sua relação com variáveis como o exercício físico e suporte social.

Os efeitos do afeto positivo foram igualmente demonstrados nos trabalhos de Fredrickson and Joiner (2002), que descobriram que experiências de emoções positivas num determinado momento estavam associadas com *coping* mais efetivo e com maiores experiências positivas posteriores. Isto é, a pesquisa demonstra a felicidade, estados de humor agradáveis e constructos relativamente relacionados entre si antecedem indicadores de bem-estar físico e *coping* adaptativo. O humor feliz pode também promover a saúde impulsionando a autoeficácia, o otimismo e os esforços para enfrentar situações de doença (Lyubomirsky, King & Diener, 2005).

Em relação à felicidade, os resultados dos estudos de Richards *et al.* (2015) demonstram pela primeira vez que a felicidade se encontra associada à participação da atividade física em vários países.

Considerando que a felicidade predispõe as pessoas a olhar para o melhor lado, o lado mais positivo, isso deveria relacionar-se a níveis superiores de coping perante as dificuldades (Lyubomirsky, King & Diener, 2005)

Enquanto a literatura existente tem destacado a importância da hereditariedade entre as relações de felicidade e personalidade, Lyubomirsky *et al.* (2005) definiram um modelo

de felicidade na qual a genética é um dos fatores que afeta a felicidade (até 50%), atribuindo um papel importante (até 40%) às atividades comportamentais, cognitivas e volitivas como oferecendo o melhor potencial para atingir um nível mais elevado de felicidade. A este respeito, Tkach e Lyubomirsky (2006) mostraram que uma série de estratégias de indução de felicidade estão relacionados com os traços de personalidade e de felicidade subjetiva, e propuseram um modelo em que tanto os traços como as atividades intencionais tem um efeito sobre a felicidade. Por exemplo, existe uma relação estreita entre a extroversão e a felicidade, enquanto o controle mental (ou seja, a tentativa frustrada de escapar pensamentos desagradáveis) é mediado entre neuroticismo e infelicidade. Portanto, não só a extroversão, o neuroticismo e a felicidade têm uma inata e comum tendência temperamental (Weiss, Bates & Luciano, 2008), como os processos instrumentais também podem vincular estas características à felicidade (Warner & Vroman, 2011).

Desta forma, a literatura sugere que a interação entre os traços de personalidade e as crenças positivas contribuem para a felicidade (Hampson, 2012), estimulando a investigação no sentido de se perceber através de que processos a extroversão e o neuroticismo afetam a felicidade (Dweck, 2008). A relação de crenças positivas com a felicidade foi colocada em hipótese, porém ainda não foi demonstrada uma medida direta de positividade (Lyubomirsky, King & Diener, 2005). No entanto, as crenças positivas independentes (por exemplo, autoeficácia geral, cognições automáticas positivos) mediam as relações entre traços de personalidade ou força de caráter e bem-estar subjetivo (Weber *et al*, 2013; Strobel *et al*, 2011; Lightsey, 2013). As diferenças individuais nos níveis de felicidade dependem de uma interação de circunstâncias de vida, atividades intencionais, e do tipo de pessoa (Lykken & Tellegen, 1996; Lyubomirsky *et al*, 2005).

Já o trabalho de Lauriola e Iani (2015) concentrou-se na personalidade e colocou a hipótese de que a relação da felicidade subjetiva com os traços de personalidade estáveis, caracterizadas por uma componente hereditária forte, foi mediada por crenças positivas generalizadas, como as recentemente incluídas no domínio de positividade (Caprara, 2012). No modelo estrutural defendido pelos mesmos autores, no qual a extroversão e neuroticismo previram positividade e felicidade tanto direta como indiretamente, os dados ajustaram-se à teoria e forneceram provas de que as hipóteses colocadas eram um relato plausível. Além disso, mostraram que os níveis de felicidade não pode ser explicados apenas por traços, mas que uma perspectiva positiva também é importante para manter o mais alto nível possível de felicidade. Como Tkach e Lyubomirsky (2006) concluíram, "as pessoas não são

geneticamente destinadas a experimentar uma quantidade predeterminada de felicidade" (p. 221). Em vez disso, os processos sociocognitivos, tais como as crenças positivas generalizadas podem expandir a visão de traços de personalidade como preditores de felicidade.

Para além do argumento de que a felicidade subjetiva pode ser essencial para a saúde física e mental, as pessoas felizes são mais propensas a evidenciar um maior autocontrole, autorregulação e habilidades de enfrentamento (Aspinwall, 1998; Fredrickson & Joiner, 2002; Keltner & Bonanno, 1997).

Em resumo, a revisão de literatura empírica efetuada por Lyubomirsky, King e Diener (2005) sugere que a felicidade está positivamente correlacionada com indicadores de saúde física e mental superior. A felicidade, bem como a experiência concomitante de afetos positivos, provavelmente desempenha um papel na saúde através de seus efeitos nas relações sociais, no comportamento saudável, no stresse, acidentes, taxas de suicídio e no *coping*, bem como possíveis efeitos sobre a função imunológica. Os autores concluem assim, que as pessoas felizes parecem ser mais bem-sucedidas do que seus pares menos felizes em três principais domínios da vida: trabalho (média  $r = 0,27$ ), relacionamentos (média  $r = 0,27$ ) e saúde (média  $r = 0,32$ ).

## 6. Metodologia

### 6.1. Tipo de estudo (pertinência) e variáveis

Este trabalho trata-se de um estudo quantitativo, observacional e descritivo, e quanto ao objetivo é um estudo descritivo, tratando-se de uma investigação longitudinal prospetiva, não pressupondo a intervenção do investigador.

Relativamente às variáveis são consideradas três: Personalidade (com 5 categorias); Níveis de *Coping* e Níveis de Felicidade.

### 6.2. Objetivos

Num contexto histórico e cultural em que o ser humano vive mais, e em melhores condições do que a sua programação genética tornaria expectável, os desafios impostos pelo drástico aumento da longevidade tornam premente o estudo e compreensão da perceção de doença por parte de cada paciente.

Considerando que a doença se trata de um período crítico na vida de cada indivíduo, esta importância evidencia-se quando estão em causa situações de doença grave, avançada, progressiva e irreversível. E torna-se ainda mais essencial entender o modo com estas pessoas poderão reagir às várias etapas do processo paliativo. A importância dessa compreensão relaciona-se tanto com a sua personalidade, quer com a forma como os níveis de *Coping* e felicidade se encontram relacionados entre si.

Desta forma, as perguntas essenciais que se gostariam ver esclarecidas no presente trabalho são as seguintes:

Será que a categoria de Personalidade de determinado indivíduo influencia os seus níveis de *Coping* e de Felicidade? Ou será que a relação *Coping* e Felicidade varia consoante a categoria de Personalidade?

Decorrem destas questões os seguintes objetivos:

Objetivo geral: de que forma a Personalidade influencia ou é influenciada pelos níveis de *Coping* e Felicidade experimentados numa fase de doença terminal.

Objetivos específicos: 1) compreender se os níveis de *Coping* estão relacionados com as categorias de Personalidade; 2) perceber se os níveis de Felicidade estão relacionados com as diversas categorias de Personalidade.

### 6.3. Hipóteses

No sentido de dar respostas aos objetivos referidos anteriormente, colocaram-se como hipóteses de estudo as seguintes:

- H<sub>1</sub> - Existem valores estatisticamente significativos entre as variáveis Personalidade e Género.
- H<sub>2</sub> - Existem valores estatisticamente significativos entre as variáveis *Coping* e Género.
- H<sub>3</sub> - Existem valores estatisticamente significativos entre as variáveis Felicidade e Género.
- H<sub>4</sub> - Existem valores estatisticamente significativos entre as variáveis Diagnóstico Médico e Personalidade.
- H<sub>5</sub> - Existem valores estatisticamente significativos entre as variáveis Diagnóstico Médico e *Coping*.
- H<sub>6</sub> - Existem valores estatisticamente significativos entre as variáveis Diagnóstico Médico e Felicidade.
- H<sub>7</sub> - Existem valores estatisticamente significativos entre as variáveis Intervenção e Personalidade.
- H<sub>8</sub> - Existem valores estatisticamente significativos entre as variáveis Intervenção e *Coping*.
- H<sub>9</sub> - Existem valores estatisticamente significativos entre as variáveis Intervenção e Felicidade.
- H<sub>10</sub> - Existe correlação entre as variáveis Personalidade e *Coping*.
- H<sub>11</sub> - Existe correlação entre as variáveis Personalidade e Felicidade.
- H<sub>12</sub> - Existe correlação entre as variáveis *Coping* e Felicidade.

### 6.4. Amostra

A amostra deste estudo incidiu sobre três grupos a receber Cuidados Paliativos na região do Algarve, distribuídos de acordo com a região e o tipo de tratamento a receber. Foram considerados como fatores de exclusão de participação deste estudo, quaisquer doentes cuja patologia fosse não oncológica, estados de doença avançada que não permitissem a autorresposta, assim como qualquer patologia que envolvesse alterações cognitivas.

Desta forma, o primeiro grupo onde os dados foram recolhidos foi na Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) do ACES Algarve III – Centro de Saúde de Tavira, situada no concelho de Tavira. Esta equipa abrange os concelhos de Alcoutim, Castro Marim, Tavira e Vila Real de Santo António e o tipo de intervenção

efetuado assenta nos cuidados comunitários, prestados no domicílio do doente e envolvendo a família no papel de cuidadores. Considerando que a ECSCP tinha a capacidade máxima de seguir 15 doentes em fase final de vida, a amostra deste grupo foi constituída pelos doentes admitidos na equipa, durante o período de 6 meses (desde Outubro de 2014 até Abril de 2015).

O segundo grupo de recolha de dados foi na Equipa IntraHospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) do Centro Hospitalar do Algarve – Hospital de Faro. Para além de outras valências, um dos tipos de intervenção aqui efetuado baseia-se na consulta, intervenção em ambulatório, direcionada para o paciente em fase relativamente avançada de doença, que necessita de um controlo da mesma, porém ainda mantém alguma autonomia. Os dados foram recolhidos em três aplicações, no período compreendido entre 31 de Março e 12 de Maio de 2015, de forma semanal de acordo com o horário estabelecido da consulta.

O terceiro grupo desta amostra foi constituído pelos utentes seguidos na Equipa IntraHospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) do Centro Hospitalar do Algarve – Hospital do Barlavento Algarvio. Uma das valências praticadas por esta equipa é o internamento, seja para controlo de sintomas, seja para descanso do cuidador ou em fase final de doença, caso não seja possível manter o doente no domicílio. Neste serviço, considerando a sua capacidade de 10 camas, a recolha de dados decorreu em quatro momentos de aplicação de questionários, no intervalo de 8 de Abril a 26 de Maio de 2015.

Tendo em conta que a amostra foi constituída pelos doentes que já se encontravam nos diferentes serviços, considera-se a mesma como uma amostra não aleatória – acidental.

## 6.5. Instrumentos

O material a utilizar neste estudo irá basear-se em três instrumentos que permitirão responder aos objetivos e hipóteses colocados. Assim, para além de um questionário sócio demográfico, administrar-se-ão o Inventário dos Cinco Fatores NEO-FFI-20 na sua versão do NEO-PI-R (Costa & McCrae, 1992), construída para proporcionar uma medida rápida, válida e confiável das dimensões da personalidade, validado para a população portuguesa por Bertoquini e Pais Ribeiro (2006) – NEO FFI-20; o Brief Resilient Coping Scale (BRCS) (Sinclair & Wallston, 2004), adaptada para a população portuguesa como a Escala Breve de Coping Resiliente (EBCR) por Morais e Pais Ribeiro (2010); e a Escala de Felicidade Subjetiva, originalmente designada de Subjective Happiness Scale (SHS), desenvolvida por Lyubomirsky e Lepper (1999) e validada por Pais-Ribeiro (2012).



## 6.6. Procedimentos

Tendo em conta as contingências de cada um dos serviços, os procedimentos de recolha de dados foram ajustados a cada uma das diferentes realidades.

No momento em que um novo paciente dava entrada na ECSCP, era feita uma primeira visita domiciliária de apreciação do estado clínico do doente pelo médico e enfermeiro. Por uma questão de rentabilização de recursos humanos e de gestão de tempo, era posteriormente efetuada uma avaliação por parte da psicóloga da equipa, que nem sempre acompanhava as visitas realizadas por médico e enfermeiro. Neste sentido e considerando que os participantes deste estudo foram recrutados consoante a sua entrada na equipa, a recolha de dados foi efetuada pela própria investigadora, no momento da segunda visita realizada pela psicóloga da equipa.

Durante o primeiro contato da psicóloga da equipa com o doente, este era convidado a participar no estudo, sendo-lhe dado a conhecer a sua natureza e os principais objetivos. No caso de resposta afirmativa, a segunda visita era efetuada pela psicóloga da equipa e pela investigadora, onde o doente assinava primeiramente, o consentimento informado e respondia em seguida aos questionários de autorresposta, sozinho ou com ajuda da investigadora.

Em relação à recolha de dados no segundo grupo, Equipa IntraHospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) do Centro Hospitalar do Algarve – Hospital de Faro, uma vez que a intervenção era efetuada em regime de ambulatório, a investigadora assistia à consulta de paliativos com a devida permissão do médico e do paciente. No final desta, o médico procedia à apresentação do estudo e da investigadora, convidando o doente a participar. Caso a resposta fosse positiva, doente e investigadora deslocavam-se para uma sala à parte onde o estudo era descrito com mais pormenor, era assinado o consentimento informado e os questionários eram preenchidos de forma individual ou com ajuda. E assim consecutivamente, para com todos os pacientes da consulta desse dia, desde que preenchessem os critérios de inclusão na investigação.

No que respeita à colheita de dados no terceiro grupo de intervenção Equipa IntraHospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) do Centro Hospitalar do Algarve – Hospital do Barlavento Algarvio. Considerando que o tipo de intervenção era o internamento, foi necessário reunir com a enfermeira chefe do serviço, para que fosse possível perceber quais os doentes que poderiam responder aos questionários. Uma vez averiguados os intervenientes no estudo, a investigadora deslocava-se a cada cama, explicando o estudo com maior detalhe e caso o doente aceitasse participar, procedia-se com

o necessário: leitura e assinatura do consentimento informado, com posterior resposta aos questionários.

Linha transversal a todos os grupos, os participantes não receberam qualquer tipo de remuneração pela sua colaboração. Sempre que possível, os instrumentos foram preenchidos de forma independente e confidencial, sendo entregues em mão ao doente e devolvidos ao investigador imediatamente após o seu preenchimento.

#### 6.7. Tratamento Estatístico

Os dados deste estudo foram tratados através do programa de SPSS (Statistical Package for social sciences) IBM SPSS Statistics versão 21.



## 7. Apresentação e análise de resultados

### 7.1. Caracterização da Amostra

As idades dos participantes eram compreendidas entre os 49 e os 92 anos, sendo a maioria da amostra constituída por elementos do sexo masculino ( $N=22$ ; 51,2%). Todos os intervenientes deste estudo tinham nacionalidade Portuguesa.

Relativamente ao estado civil, os participantes distribuem-se em casados (67,4%), viúvos (18,6%) e divorciados (14%). O número de filhos varia entre zero e seis, sendo que a maioria apresenta um filho (39,5%) e dois filhos (37,2%). Quanto ao grau de escolaridade, a generalidade dos indivíduos possui a instrução primária (62,8%), encontrando-se, no momento da aplicação deste estudo, a sua generalidade reformados (79,1%)

No que respeita aos quadros patológicos, apresentam-se na Tabela 1 a distribuição de frequências e percentagens dos pacientes deste estudo.

**Tabela 1** – Distribuição de frequências e percentagens dos participantes relativamente às patologias apresentadas.

Diagnóstico Médico				
	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Cumulativa
Cabeça e pescoço	5	11,6	11,6	11,6
Pulmão e pleura	5	11,6	11,6	23,3
Mama	2	4,7	4,7	27,9
Pele	1	2,3	2,3	30,2
Aparelho digestivo	23	53,5	53,5	83,7
Urologia	2	4,7	4,7	88,4
Ginecologia	5	11,6	11,6	100,0
Total	43	100,0	100,0	

Verificam-se sobretudo patologias oncológicas a nível do Aparelho Digestivo (53,5%), seguidas de igual modo de Cabeça e pescoço (11,6%), Pulmão e pleura (11,6%) e Ginecologia (11,6%).

Quanto ao tipo de intervenção a receber, os pacientes participantes deste estudo podem dividir-se em três grupos, a saber: intervenção comunitária, pacientes a receber Cuidados Paliativos pela Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Tavira; consulta, pacientes a receber cuidados através da Equipa IntraHospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) do Centro Hospitalar do Algarve – Hospital de Faro; internamento, utentes da Equipa IntraHospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) do Centro Hospitalar do Algarve – Hospital do Barlavento Algarvio. Cujas distribuição se apresenta na Tabela 2.

**Tabela 2** – Distribuição dos participantes relativamente ao tipo de intervenção.

Intervenção				
	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Cumulativa
Comunitária	15	34,9	34,9	34,9
Consulta	14	32,6	32,6	67,4
Internamento	14	32,6	32,6	100,0
Total	43	100,0	100,0	

Observa-se uma distribuição homogénea no que concerne à distribuição dos indivíduos e ao tipo de intervenção que estavam a receber. O que vai de encontro ao local onde se encontravam a receber tratamentos Tavira (comunitária) - 34,9%, Faro (consulta) - 32,6% e Portimão (internamento) - 32,6%.

Salientam-se ainda, dados relativos a ano de diagnóstico que varia entre 1996 e 2015, com maior incidência de diagnósticos a ocorrer em 2014 ( $N= 19$ ; 44,2%). Sendo que 69,8% dos participantes tinham conhecimento acerca do seu diagnóstico.

## 7.2. Análise Inferencial e Correlacional

Para o tratamento estatístico dos dados recolhidos procedeu-se a uma análise não paramétrica (Kruskal Wallis), devido a tratar-se de uma amostra pequena e não apresentar uma distribuição normal, assim como à análise de duas amostras independentes (Mann-Whitney U)

No sentido de dar resposta às hipóteses colocadas e considerando a análise referida acima, chegaram-se aos seguintes resultados:

H<sub>1</sub> - Existem valores estatisticamente significativos entre as variáveis Personalidade e Género.

**Tabela 3** – Relação entre as variáveis Personalidade e Género.

	Género	N	Ranks			
			Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	Asymp. Sig. (2-tailed)
Neuroticismo	Feminino	21	24,26	509,50	183,50	0,246
	Masculino	22	19,84	436,50		
	Total	43				
Extroversão	Feminino	21	19,40	407,50	176,50	0,184
	Masculino	22	24,48	538,50		
	Total	43				
Abertura à Experiência	Feminino	21	22,86	480,00	213,00	0,660
	Masculino	22	21,18	466,00		
	Total	43				
Amabilidade	Feminino	21	19,60	411,50	180,50	0,215
	Masculino	22	24,30	534,50		
	Total	43				
Conscienciosidade	Feminino	21	20,67	434,00	203,00	0,492
	Masculino	22	23,27	512,00		
	Total	43				

Verifica-se que entre as variáveis Personalidade e Género não existem valores estatisticamente significativos.

H<sub>2</sub> - Existem valores estatisticamente significativos entre as variáveis *Coping* e Género.

**Tabela 4** – Relação entre as variáveis *Coping* e Género.

		Ranks					
		Género	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	Asymp. Sig. (2-tailed)
Coping Resiliente	Feminino	2				224,000	0,864
		1		22,33	469,00		
	Masculino	2				477,00	
		2		21,68			
	Total	4					
		3					

Pela análise da tabela observa-se que entre as variáveis *Coping* e Género não existem valores estatisticamente significativos.

H<sub>3</sub> - Existem valores estatisticamente significativos entre as variáveis Felicidade e Género.

**Tabela 5** – Relação entre as variáveis Felicidade e Género.

		<b>Ranks</b>				
	Género	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	Asymp. Sig. (2-tailed)
Felicidade	Feminino	21	22,57	474,00	219,000	0,770
	Masculino	22	21,45	472,00		
	Total	43				

Desta tabela, apura-se que entre as variáveis Felicidade e Género não existem valores estatisticamente significativos.

H<sub>4</sub> - Existem valores estatisticamente significativos entre as variáveis Diagnóstico Médico e Personalidade.

**Tabela 6** – Relação entre as variáveis Diagnóstico Médico e Personalidade.

Test Statistics <sup>a,b</sup>					
	Neuroticismo	Extroversão	Abertura à Experiência	Amabilidade	Conscienciosidade
Chi-Square	10,190	5,045	3,388	2,493	8,511
Df	6	6	6	6	6
Asymp. Sig.	0,117	0,538	0,759	0,869	0,203

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Diagnóstico Médico

De acordo com a tabela acima, não existem valores estatisticamente significativos entre as variáveis Diagnóstico Médico e Personalidade.

H<sub>5</sub> - Existem valores estatisticamente significativos entre as variáveis Diagnóstico Médico e *Coping*.

**Tabela 7** – Relação entre as variáveis Diagnóstico Médico e *Coping*.

		Ranks			
	Diagnóstico Médico	N	Mean Rank	$\chi^2$	<i>p</i>
Coping Resiliente	Cabeça e pescoço	5	18,90	3,884	0,692
	Pulmão e pleura	5	22,50		
	Mama	2	28,25		
	Pele	1	15,00		
	Aparelho digestivo	23	24,09		
	Urologia	2	22,00		
	Ginecologia	5	13,90		
	Total	43			

Conforme é possível verificar, entre as variáveis Diagnóstico Médico e *Coping* não existem valores estatisticamente significativos;

H<sub>6</sub> - Existem valores estatisticamente significativos entre as variáveis Diagnóstico Médico e Felicidade.



**Tabela 8** – Relação entre as variáveis Diagnóstico Médico e Felicidade.

		Ranks			
	Diagnóstico Médico	N	Mean Rank	$\chi^2$	<i>p</i>
Felicidade	Cabeça e pescoço	5	25,60	9,167	0,164
	Pulmão e pleura	5	26,60		
	Mama	2	37,75		
	Pele	1	32,50		
	Aparelho digestivo	23	19,26		
	Urologia	2	31,50		
	Ginecologia	5	14,20		
	Total	43			

Relativamente às variáveis Diagnóstico Médico e Felicidade não se observam valores estatisticamente significativos.

H<sub>7</sub> - Existem valores estatisticamente significativos entre as variáveis Intervenção e Personalidade.

**Tabela 9** – Relação entre as variáveis Intervenção e Personalidade.

		Ranks			
	Intervenção	N	Mean Rank	$\chi^2$	<i>p</i>
Neuroticismo	Comunitária	15	19,80	0,765	0,682
	Consulta	14	23,71		
	Internamento	14	22,64		
	Total	43			
Extroversão	Comunitária	15	25,43	1,950	0,377
	Consulta	14	19,07		
	Internamento	14	21,25		
	Total	43			
Abertura à Experiência	Comunitária	15	24,77	1,251	0,535
	Consulta	14	19,71		
	Internamento	14	21,32		
	Total	43			
Amabilidade	Comunitária	15	21,87	0,031	0,985
	Consulta	14	21,68		
	Internamento	14	22,46		
	Total	43			

Conscienciosidade	Comunitária	15	31,27	13,766	0,001
	Consulta	14	14,75		
	Internamento	14	19,32		
	Total	43			

Entre as variáveis Intervenção e Personalidade verificam-se a existência de valores estatisticamente significativos, especificamente na característica Conscienciosidade ( $p = 0,001$ ) da Personalidade.

H<sub>8</sub> - Existem valores estatisticamente significativos entre as variáveis Intervenção e Coping.

**Tabela 10** – Relação entre as variáveis Intervenção e Coping.

	Ranks			$\chi^2$	$p$
	Intervenção	N	Mean Rank		
Coping Resiliente	Comunitária	15	19,60	1,882	0,390
	Consulta	14	20,89		
	Internamento	14	25,68		
	Total	43			

Através da análise da Tabela 10 é possível afirmar que entre as variáveis Intervenção e Coping não existem valores estatisticamente significativos.

H<sub>9</sub> - Existem valores estatisticamente significativos entre as variáveis Intervenção e Felicidade.

**Tabela 11** – Relação entre as variáveis Intervenção e Felicidade.

	Ranks			$\chi^2$	$p$
	Intervenção	N	Mean Rank		
Felicidade	Comunitária	15	27,90	6,461	0,040
	Consulta	14	16,11		
	Internamento	14	21,57		
	Total	43			

No que concerne às variáveis Intervenção e Felicidade observam-se valores estatisticamente significativos ( $p = 0,040$ ), o que indica uma relação entre estas variáveis.

H<sub>10</sub> - Existe correlação entre as variáveis Personalidade e *Coping*.

**Tabela 12** – Correlação entre as variáveis Personalidade e Coping.

		Correlations					
		Coping Resiliente	Neuroticismo	Extroversão	Abertura à Experiência	Amabilidade	Conscienciosidade
Coping Resiliente	Pearson Correlation	1	-0,113	0,208	0,024	-0,020	0,007
	Sig. (2-tailed)		0,470	0,180	0,878	0,899	0,963
	N	43	43	43	43	43	43

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

A observação da tabela acima permite afirmar que entre as variáveis Personalidade e *Coping* não existe qualquer tipo de correlação.

H<sub>11</sub> - Existe correlação entre as variáveis Personalidade e Felicidade.

**Tabela 13** – Correlação entre os cinco fatores de Personalidade e Felicidade.

		Correlations					
		Neuroticismo	Extroversão	Abertura à Experiência	Amabilidade	Conscienciosidade	Felicidade
Felicidade	Pearson Correlation	-0,269	0,532**	0,163	-0,080	0,330*	1
	Sig. (2-tailed)	0,081	0,000	0,298	0,611	0,030	
	N	43	43	43	43	43	43

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

No que respeita à existência de correlações entre Personalidade e Felicidade, verifica-se uma correlação positiva entre as variáveis “Conscienciosidade” e “Felicidade” ( $p = 0.030$ )

e uma correlação forte positiva “Extroversão” e “Felicidade” ( $p = 0.000$ ). Ou seja, os sujeitos que apresentam valores mais elevados nos traços de Personalidade “Consciosidade” e “Extroversão” são os que manifestam maior tendência a apresentar valores mais elevados na “Felicidade”.

H<sub>12</sub> - Existe correlação entre as variáveis *Coping* e Felicidade.

**Tabela 14** – Correlação entre as variáveis *Coping* e Felicidade.

Correlations			
		Felicidade	Coping Resiliente
Felicidade	Pearson Correlation	1	0,214
	Sig. (2-tailed)		0,169
	N	43	43
Coping Resiliente	Pearson Correlation	0,214	1
	Sig. (2-tailed)	0,169	
	N	43	43

A Tabela 14 demonstra que entre as variáveis *Coping* e Felicidade não existe correlação.

Para além da análise das hipóteses supra efetuadas, foi ainda possível, através da análise da Tabela 15, observar a existência de correlações positivas entre as variáveis:

- “Extroversão” e “Abertura à Experiência” ( $p = 0,024$ );
- “Extroversão” e “Conscienciosidade” ( $p = 0,018$ ).

Quanto às variáveis “Extroversão” e “Neuroticismo” ( $p = 0,036$ ), na mesma tabela, verifica-se uma correlação negativa, ou seja, quanto mais altos os níveis de extroversão, mais baixos os níveis de neuroticismo.

**Tabela 15** – Correlação entre as variáveis Personalidade e Felicidade.

		Correlations					
		Neuroti cismo	Extroversã o	Abertura à Experiênci a	Amabilida de	Consciencio sidade	Felicidade
Neuroticismo	Pearson Correlation	1	-0,320*	0,108	-0,122	-0,279	-0,269
	Sig. (2- tailed)		0,036	0,492	0,434	0,070	0,081
	N	43	43	43	43	43	43
Extroversão	Pearson Correlation		1	0,344*	0,056	0,361*	0,532**
	Sig. (2- tailed)			0,024	0,723	0,018	0,000
	N			43	43	43	43
Abertura à Experiência	Pearson Correlation			1	0,030	0,200	0,163
	Sig. (2- tailed)				0,850	0,198	0,298
	N			43	43	43	43
Amabilidade	Pearson Correlation				1	0,049	-0,080
	Sig. (2- tailed)					0,754	0,611
	N				43	43	43
Consciencio- sidade	Pearson Correlation					1	0,330*
	Sig. (2- tailed)						0,030
	N					43	43
Felicidade	Pearson Correlation						1
	Sig. (2- tailed)						0,030
	N						43

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Salienta-se, de igual forma, a existência de uma relação entre as variáveis “Tem conhecimento do diagnóstico” e “*Coping*” ( $p = 0,043$ ), de acordo com a Tabela 16. O que

significa que, os sujeitos que têm conhecimento do diagnóstico são aqueles que apresentam valores mais elevados de *coping*.

**Tabela 16** – Relação entre as variáveis Tem conhecimento e *Coping*.

		Ranks				<i>p</i>
	Tem conhecimento diagnóstico	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	
Coping Resiliente	Sim	30	24,53	736,00	119,000	0,043
	Não	13	16,15	210,00		
	Total	43				

Da observação da Tabela 17, verifica-se que entre as variáveis Diagnóstico Médico e Género existem valores estatisticamente significativos ( $p = 0,008$ ). Verifica-se de igual modo, que o género masculino apresenta valores mais elevados a nível de patologia oncológica do aparelho digestivo, seguido de cabeça e pescoço, enquanto o género feminino apresenta valores mais elevados a nível de patologia oncológica do aparelho digestivo, seguida do ginecológico.

**Tabela 17** – Relação entre as variáveis Diagnóstico Médico e Género.

Diagnóstico Médico * Género Crosstabulation							
			Género		Total	$\chi^2$	$p$
			Feminino	Masculino			
Diagnóstico Médico	Cabeça e pescoço	Frequências	0	5	5	6,937	0,008
		% Total	0,0%	11,6%	11,6%		
	Pulmão e pleura	Frequências	1	4	5		
		% Total	2,3%	9,3%	11,6%		
	Mama	Frequências	2	0	2		
		% Total	4,7%	0,0%	4,7%		
	Pele	Frequências	1	0	1		
		% Total	2,3%	0,0%	2,3%		
	Aparelho digestivo	Frequências	11	12	23		
		% Total	25,6%	27,9%	53,5%		
	Urologia	Frequências	1	1	2		
		% Total	2,3%	2,3%	4,7%		
	Ginecologia	Frequências	5	0	5		
		% Total	11,6%	0,0%	11,6%		
	Total	Frequências	21	22	43		
		% Total	48,8%	51,2%	100,0%		

## 8. Discussão de resultados

Os resultados relevantes deste estudo evidenciam valores estatisticamente significativos no que respeita às variáveis Intervenção e Felicidade. O que indica que, relativamente aos três tipos de intervenção que os sujeitos estavam a receber nas diferentes amostras se verifica uma relação entre estas variáveis, isto é, os níveis de felicidade podem ser influenciados pelo tipo de intervenção à qual os sujeitos estavam a ser submetidos (comunitária, consulta ou internamento) e vice-versa.

No que respeita à média de valores de Felicidade, encontrados nos três tipos de intervenção, observaram-se valores mais elevados no tipo de intervenção comunitária (27,90), seguido do internamento (21,57) e por fim da consulta (16,11). Ou seja, os indivíduos seguidos pela equipa comunitária ou pelo internamento apresentavam níveis de Felicidade superiores àqueles que eram seguidos em consulta. A justificação para tal pode estar relacionada com uma questão de tempo, uma vez que a disponibilidade que cada equipa pode conceder aos pacientes é variável de acordo com o serviço.

Tendo em conta o progresso da medicina, o prolongar da vida e os problemas relacionados com a saúde que daí surgiram, lidar, perceber e compreender pessoas que padecem de doenças graves, incuráveis e irreversíveis é um desafio que se deverá tentar superar no dia-a-dia. Bagby *et al.* (2008) e Zinbarg *et al.* (2008) constataam que conhecer os traços de personalidade dominantes e quais as estratégias de *coping* mais utilizadas por cada indivíduo pode facilitar a escolha de estratégias terapêuticas mais adequadas e proporcionar uma melhor previsão dos resultados do tratamento.

Para além de as pessoas poderem aprender a identificar os métodos de coping que melhor se ajustam a eles, podem inclusivamente aprender a utilizá-los. O que normalmente é feito através de programas estruturados realizados por especialistas que desenvolvem esses programas em empresas, ou em outras instituições e que têm uma componente psicoeducacional para a maioria das pessoas, ou psicoterapêutica em situações mais avançadas de desajustamento (Pais Ribeiro, 2009).

Assinala-se a existência de uma relação entre as variáveis Tem conhecimento do diagnóstico e *Coping*, o que significa que, os sujeitos que têm conhecimento do seu diagnóstico são aqueles que apresentam valores mais elevados de *Coping* Resiliente. O que vai de encontro àquilo que é preconizado pela literatura de referência, pois conforme



assinalam Joyce-Moniz e Barros (2005), se a significação da doença é adequada, a pessoa pode controlar emoções e atitudes, respondendo também assim de forma adequada.

Numa situação de doença terminal ter conhecimento do diagnóstico real, se essa for a vontade do doente, pode apresentar-se como um fator benéfico no que respeita à compreensão e enquadramento mental e pode salvaguardar reações emocionais e comportamentais desadaptativas causadoras de elevado sofrimento.

Segundo a perspetiva de Smith *et al* (2008), ter ou não conhecimento do diagnóstico, pode considerar-se como uma característica ou fator promotor de resiliência, fomentando assim, os recursos do doente e permitindo uma adaptação positiva à doença.

Abiola e Udofia (2011) salientam que a saúde mental positiva é a realização de resiliência emocional. E resiliência é um processo psicológico, desenvolvido para dar resposta às pressões da vida intensa, que facilita o funcionamento saudável. Além disso, a resiliência pode ser descrita como a qualidade que permite que um indivíduo ou grupo para funcionar bem, apesar das probabilidades contra eles. Assim resiliência denota força interior, a competência, o otimismo, a flexibilidade e a capacidade para responder de forma eficaz quando confrontados com a adversidade. Os autores acrescentam que um dos objetivos da resiliência na promoção da saúde mental é minimizar o impacto dos fatores de risco (tais como eventos stressantes da vida) e melhorar os fatores de proteção (como otimismo, apoio social e enfrentamento ativo) que aumentam a capacidade das pessoas para lidar com a vida de desafios.

A aceitação da mudança das condições de vida e o aprofundar dos relacionamentos são fundamentais ao bem-estar do doente paliativo e podem conduzir a um processo de crescimento na fase final de vida (Olthuis & Dekkers, 2005). Aprofundar relacionamentos significa dispormo-nos a conhecer a pessoa para além da doença, entender a sua forma de estar e de ser e perceber as suas convicções e vontades.

Analisando as possíveis correlações entre variáveis, verifica-se uma correlação positiva entre as variáveis Conscienciosidade e Felicidade e uma correlação forte positiva entre as variáveis Extroversão e Felicidade. Isto é, os sujeitos que apresentam valores mais elevados nos traços de Personalidade “Conscienciosidade” e “Extroversão” são os que manifestam maior tendência a apresentar valores mais elevados na Felicidade. Tais dados vão de encontro com o referido por Lauriola e Iani (2015) que sugerem que a “Felicidade Subjetiva resulta de correlações com a extroversão”, e estão de acordo com as descobertas de Lyubomirsky, King e Diener (2005), que assinalam que alguns estudos efetuados com

estudantes universitários e pessoas mais velhas, em vários países, revelaram que a “Extroversão” se encontra relacionada com a felicidade, os afetos positivos crônicos e a satisfação com a vida.

Considerando os antecedentes da Felicidade Subjetiva, os estudiosos concordam que o grau em que as pessoas são felizes depende não só das circunstâncias de vida ou de atividades intencionais, mas também dos traços de personalidade de cada indivíduo. Estudos efetuados com base no bem-estar não só estabeleceram ligações entre a Personalidade e a Felicidade Subjetiva, como também revelaram quais as facetas dos cinco fatores de Personalidade são mais preditivas. A Felicidade Subjetiva resultava de correlações de cerca de 0.50 com a Extroversão e o Neuroticismo, enquanto as associações com outras facetas da Personalidade eram menos significativas: 0.15, 0.30 e 0.35 em média para as facetas “Abertura à experiência”, “Amabilidade” e “Conscienciosidade” respetivamente Lauriola e Iani (2015).

Os dados do presente estudo assemelham-se aos referidos acima, uma vez que as correlações encontradas entre Felicidade Subjetiva e Extroversão são na ordem dos 0.5, com a Conscienciosidade 0.33 e com a Abertura à experiência 0.16.

Foi ainda possível observar a existência de correlações positivas entre as variáveis: “Extroversão” e “Abertura à Experiência”; “Extroversão” e “Conscienciosidade”. E uma correlação negativa entre as variáveis “Extroversão” e “Neuroticismo”.

Tendo por base o quadro dos domínios e facetas avaliados pelo NEO-PI-R, adaptado de M. P. Lima e A. Simões (1995), nomeadamente os domínios “Extroversão” e “Neuroticismo” é possível atestar que as facetas de cada um destes domínios são opostas e por isso a sua correlação se apresenta como negativa. Facetas do Neuroticismo como Ansiedade (N1), Hostilidade (N2), Depressão (N3), Auto-Conscienciosidade (N4), Impulsividade (N5) e Vulnerabilidade (N6), correlacionam-se negativamente com Acolhimento Caloroso (E1), Gregariedade (E2), Assertividade (E3), Atividade (E4), Procura de Excitação (E5) e Emoções Positivas (E6) que são facetas da Extroversão.

Considerando em termos esquemáticos as hipóteses deste trabalho podem sintetizar-se da seguinte forma:



**Figura 3** – Resumo das hipóteses deste estudo.

Sendo que os resultados alcançados se resumem na figura 4:



**Figura 4** – Principais resultados obtidos.

## 9. Conclusões e Implicações

Os principais objetivos colocados no início deste estudo eram:

- 1) Compreender se os níveis de *Coping* estão relacionados com as categorias de Personalidade e,
- 2) Perceber se os níveis de Felicidade estão relacionados com as diversas categorias de Personalidade.

Os resultados obtidos apontam no sentido de existência de relação entre as variáveis “Tipo de intervenção” \* “Felicidade” e “Tem conhecimento do diagnóstico” \* “*Coping*”. Apurou-se a presença de correlações positivas entre as variáveis “Conscienciosidade” \* “Felicidade”, “Extroversão” com “Abertura à experiência” e “Conscienciosidade”. Existência de correlação forte positiva entre “Extroversão” \* “Felicidade”, observando-se ainda, uma correlação negativa entre a “Extroversão” e o “Neuroticismo”. Ou seja, os sujeitos que apresentam valores mais elevados nos traços “Conscienciosidade” e “Extroversão” são os que manifestam maior tendência a apresentar valores mais elevados na “Felicidade”. Por outras palavras, os níveis de Felicidade estão diretamente relacionados com as categorias de Personalidade mencionadas acima.

O que significa que, neste estudo, e respondendo ao primeiro objetivo colocado, os níveis de *Coping* poderão estar mais relacionados com o ter ou não conhecimento da sua patologia do que com as categorias da Personalidade. Relativamente ao segundo objetivo colocado, os níveis de Felicidade estão diretamente relacionados com duas categorias de Personalidade (Extroversão e Conscienciosidade).

Salientam-se de igual forma, resultados que indicam uma maior prevalência de diagnósticos oncológicos a nível do sistema digestivo, em ambos os géneros, seguidos de diagnóstico ginecológico no género feminino e de diagnóstico da cabeça e pescoço para o género masculino.



## 10. Referências Bibliográficas

- Abiola, T. & Udofia, O. (2011). Psychometric assessment of the Wagnild and Young's resilience scale in Kano, Nigeria. *BMC Research Notes*, 4, 509.
- Allemand, M., Zimprich, D., & Hendriks, A. (2008). Age differences in five Personality domains across the life span. *Developmental Psychology*, 44(3), 758-770.
- Allport, G.W. (1937). *Personality – a psychological interpretation*. New York: Henry Holt and Company.
- Anaut, M. (2005). *A Resiliência: Ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Angst, R. (2009). Psicologia e resiliência: uma revisão da literatura. *Psicologia Argumento*, 27(58), 253-260.
- Antoniazzi, A. S., Dell’Aglia, D. D. & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3 (2), 273-294.
- Aspinwall, L. G. (1998). Rethinking the role of positive affect in self-regulation. *Motivation and Emotion*, 22, 1–32.
- Bagby, R. M., Quilty, L. C., Segal, Z. V., McBride, C. C., Kennedy, S. H. & Costa, P. T. (2008). Personality and differential treatment response in major depression: a randomized controlled trial comparing cognitive-behavioural therapy and pharmacotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 361-370.
- Bartels, M. (2015). Genetics of Wellbeing and Its Components Satisfaction with Life, Happiness, and Quality of Life: A Review and Meta-analysis of Heritability Studies. *Behavior Genet*, 45, 137-156.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 125-146.
- Bertoquini, V. & Pais Ribeiro, J. L. (2006) Estudo de formas muito reduzidas do Modelo dos Cinco Fatores da Personalidade. *Psychologica* 43, 193-210.
- Boehm, J. K. & Lyubomirsky S. (2009). The promise of sustainable happiness. In: S. J. Lopez (edit). *Handbook of Positive Psychology*. (2ª ed). Oxford: Oxford University Press. pp. 667-677.
- Busnello, F., Schaefer, L. & Kristensen, C. (2009). Eventos estressores e estratégias de coping em adolescentes: implicações na aprendizagem. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 2(13), 315-323.
- Caprara, G. V., Alessandri, G., Eisenberg, N., Kupfer, A., Steca, P., Caprara, M. G, et al. (2012). The Positivity Scale. *Psychology Assessment*, 24, 701–712.

- Carver, C., Scheier, M. & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283.
- Clark, L.A. & Watson, D. (1999). Temperament: a new paradigm for trait psychology. In L.A. Pervin (Ed.). *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 399-423). New York. The Guilford Press.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1992). *The NEO personality inventory manual revised*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (2006). Trait and Factor Theories. In M. Hersen & Jay C. Thomas (Ed). *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology: Personality and Everyday Functioning, 1*, (pp. 96-115). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 668-678.
- Costa, P. T., McCrae, R. R., & Zonderman, A. B. (1987). Environmental and dispositional influences on well-being: Longitudinal follow-up of an American national sample. *British Journal of Psychology*, 78, 299–306.
- Costa, P. T., Yang, J., & McCrae, R. R. (1998). Aging and personality traits: Generalizations and clinical implications. In I. Nordhus, G. R. VandenBos, S. Berg, P. Fromholt, I. Nordhus, G. R. VandenBos, P. Fromholt (Eds.), *Clinical Geropsychology* (pp. 33-48). Washington, DC: American Psychological Association.
- Damásio, B. F. (2013). Sentido de vida e bem-estar subjetivo: Interações com esperança, otimismo, autoeficácia e autoestima em diferentes etapas do ciclo vital. Tese de doutoramento.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.
- Diener, E., & Seligman, M. (2002). Very happy people. *Psychological Science*, 13, 81-84.
- Diener, E., Lucas, E. R. & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C. R. Snyder & S. Lopez, S. (org). *Handbook of Positive Psychology*. New York, Oxford, 63-73.
- Diener, E., Sandvik, E. & Pavot, W. (1991). Happiness is the frequency, not the intensity, of positive versus negative affect. In F. Strack, M. Argyle, & N. Schwarz (Eds.),

*Subjective well-being: An interdisciplinary perspective* (pp. 119-139). Oxford, England: Pergamon Press.

- Diener, E., Suh, E. M. & Oishi, S. (1997). Recent Findings on Subjective Well-Being University of Illinois. Disponível em <http://www.psych.uiuc.edu/~ediener/hottopoic/paper12.htm>. Acedido em 25 de Fevereiro de 2015.
- Diener, E., Scollon, N. C. & Lucas, E. R. (2003). The evolving concept of subjective well-being: the multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology*, 15, 187-219.
- Diener, E., Tay, L. & Oishi, S. (2013). Rising income and the subjective well-being of nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 104(2), 267-276.
- Digman, J. (1990). Five factor model. *Annual Review of Psychology*, 41, 417-440.
- Dweck, C. S. (2008). Can personality be changed? The role of beliefs in personality and change. *Curr Dir Psychol Sci*, 17, 391-394.
- Echeburúa, E. & de Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué? *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 15, 373-387.
- Echeburúa, E., de Corral, P. & Amor, P. J. (2002). Evaluación del daño psicológico en víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14 (Supl), 139-146.
- Endler, N. S., Parker, J. D. & Summerfeldt, L. J. (1998). Coping with health problems: developing a reliable and valid multidimensional measure. *Psychological Assessment*, 10(3), 195-205.
- Eschenbeck, H., Kohlmann, C. W., Lohaus, A. (2007) Gender differences in coping strategies in children and adolescents. *Journal of Individual Differences*, 28 (1), 18-26.
- Eysenck, H.J. & Eysenck, S. B. G. (1975). *Eysenck Personality Questionnaire*. London: Hodder and Stoughton.
- Folkman, S. & Moskowitz, J. T., (2004) *Coping: Pitfall and Promises..* Disponível em <http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>. Acedido em 20 Janeiro 2015.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (4), 839-852.



- Folkman, S., & Lazarus, R. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48 (1), 150-170.
- Fonseca, A. M. (2004). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fredrickson, B. L. & Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science*, 13, 172–175.
- Galinha, I. & Pais-Ribeiro, J. L. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 203-214.
- Gleitman, H. (1999). Personalidade I: Avaliação, Teoria dos traços e perspectiva cognitivo-comportamental. In H. Gleitman, *Psicologia* (pp. 839 - 892) (4ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Hampson, S. E. (2012). Personality processes: Mechanisms by which personality traits “get outside the skin”. *Annual Review Psychology*, 63, 315-339.
- Hansenne, M. (2003). *Psicologia da personalidade*. Lisboa: Climepsi.
- Holahan, C., & Moos, R. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (5), 946-955.
- Holroyd, K. & Lazarus, R. (1982). Stress, coping, and somatic adaptation. In L. Goldberger & S. Breznitz (eds.). *Handbook of Stress: Theoretical and clinical aspects* (p. 21-35). New York: Free Press
- <http://www.apcp.com.pt/cuidadospaliativos/oquesao.html> Acedido em 26 de Fevereiro de 2015.
- Infante, F. (2005). A resiliência como processo: uma revisão da literatura recente. In A. Merillo et al. (Eds.). *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas* (pp. 23-38). Artmed Editora: Porto Alegre.
- John, O. P. & Srivastasa, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: history, measurement and theoretical perspectives. In L.A. Pervin (Ed.). *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 102-138). New York. The Guilford Press.
- Joyce-Moniz, L. & Barros, L. (2005). *Psicologia da Doença para Cuidados de Saúde – Desenvolvimento e Intervenção*. Porto: Edições ASA.
- Keltner, D. & Bonanno, G. A. (1997). A study of laughter and dissociation: Distinct correlates of laughter and smiling during bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 687–702.
- Kübler-Ross, E. (2002). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.

- Lauriola M, Iani L (2015) Does Positivity Mediate the Relation of Extraversion and Neuroticism with Subjective Happiness? *PLoS ONE* 10(3): e0121991. doi:10.1371/journal.pone.0121991.
- Lazarus, R. (1992). Coping with the stress of illness. In A. Kaplun (ed.) *Health Promotion and chronic illness: Discovering a new quality of health* (p. 11- 31). European Series: WHO.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R., DeLongis, A., Folkman, S., & Gruen, R. (1985). Stress adaptational outcomes: The problem of confounded measures. *American Psychologist*, 40 (7), 770-779.
- Lightsey, O. R. Jr., Gharghani, G. G., Katz, A. M., McKinney, V. A. & Rarey, E. B. (2013). Positive automatic cognitions mediate the relationship between personality and trait positive affect. *Journal of Happiness Studies*, 14, 115-134.
- Lima, L., Lemos, M. S. & Guerra, M. P. (2002). Estudo das qualidades psicométricas do SCSI (Schoolagers' Coping Strategies Inventory) numa população portuguesa. *Análise Psicológica*, 4 (XX), 555-570.
- Lima, M. P. & Simões, A. (1995). Inventário de personalidade NEO PI-R. In L. S. Almeida, M. R. Simões & M. M. Gonçalves. *Provas Psicológicas em Portugal*. Braga: Apport.
- Lima, M. P. (1997). *NEO-PI-R: contextos teóricos e psicométricos "OCEAN" ou "iceberg"?* Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Lu, L. & Argyle, M. (1994). Leisure satisfaction and happiness as a function of leisure activity. *Gaoxiong Yi Xue Ke Xue Za Zhi*, 10(2), 89-96.
- Luthar, S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience-a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71 (3), 543-562.
- Lykken, D. & Tellegen, A. (1996). Happiness is a stochastic phenomenon. *Psychological Science*, 7, 186-189.
- Lyubomirsky, S. (2001). Why are some people happier than others?: The role of cognitive and motivational processes in well-being. *American Psychologist*, 56, 239-249.
- Lyubomirsky, S., & Lepper, H. (1999). A measure of subjective happiness: preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46(2), 137-155.
- Lyubomirsky, S., King, L. & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855.

- Lyubomirsky, S., King, L. A., & Diener, E. (2004). *Is happiness a strength?: An examination of the benefits and costs of frequent positive affect*. Manuscript submitted for publication.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M. & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change? *Review of General Psychology*, 9(2), 111-131.
- Lyubomirsky, S., Tkach, C. & DiMatteo, M. R. (2006). What are the differences between happiness and self-esteem? *Soc Indic Res*, 78, 363-404.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K., Dickerhoof, R. & Boehm, J. K. (2011). Becoming happier takes both a will and a proper way: An experimental longitudinal intervention to boost well-being. *Emotion*, 11(2), 391-402.
- Machado, A. P. O. (2010). Resiliência e promoção de saúde: uma relação possível. Disponível em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0516.pdf>. Acedido em 29 de Janeiro de 2015.
- Maia, B. M. M. R. (2011). Perfeccionismo e depressão pós-parto (Dissertação de Doutoramento em Ciências da Saúde). Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0197.pdf>. Acedido em 11 de Fevereiro de 2015.
- Martí, J. M. F. (2008). *Viver melhor – Psicologia para todos*. Rio de Mouro: Círculo de Leitores.
- Martin, R., Watson, D. & Wan, C. K. (2000). A three factor model of trait anger: dimensions of affect, behaviour and cognition. *Journal of Personality*, 68, 869-892.
- McAslan, A. (2009). *The Concept of Resilience*. Adelaide: Torrens Resilience Institute.
- McConnell, A. R., Brown, C. M., Shoda, T. M., Stayton, L. E. & Martin, C. E. (2011). Friends with benefits: On the positive consequences of pet ownership. *Journal of Personal Social Psychology*, 101, 1239-1252.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T. (1986). Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54, 385-405.
- McCrae, R. R. & Stone, S. V. (1997). Personality. In A. Baunn, S. Newman, L., J. Weinman, R. West & C. McManus. *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge University Press.
- McCrae, R. R. (2009). The five-factor model of personality traits: Consensus and controversy. In: Corr. P. J. & Matthews, G. (edit.). *The Cambridge Handbook of Personality Psychology* (pp. 148-161). New York: Cambridge University Press.

- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1992). Discriminant validity of NEO-PIR facet scales. *Educational and Psychological Measurement*, 52 (1), 229-237.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1994). The stability of personality: Observations and evaluations. *Current Directions in Psychological Science*, 3, 173-175.
- Miller, S. M. & Schnoll, R. A. (2000). When seeing is feeling: A cognitive – emotional approach to coping with health stress. In M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (2<sup>a</sup> ed., pp. 538-557). New York: Guilford Press.
- Monteiro, M. & Santos, M. (1999). Personalidade. In M. Monteiro & M. Santos, *Psicologia* (pp. 296 - 325). Porto: Porto Editora.
- Mroczek, D. K., & Spiro, A. (2005). Change in life satisfaction during adulthood: Findings from the Veterans Affairs Normative Aging Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 189-202.
- Nave-Real, E. D. P., Pais-Ribeiro, J. L. & Martins-Oliveira, M. J. (2012), Happiness, Hope and Affection as Predictors of Quality of Life and Functionality of Individuals With Heart Failure at Three-Month Follow-up. *Psychology Research* 2(9), 532-539.
- Neff, K. D., Rude, S. S. & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41, 908-916.
- Neto, I. G. (2010). O que são os Cuidados Paliativos. In I. G. Neto (Ed.), *Cuidados Paliativos* (pp. 13-25). Lisboa: Alêtheia.
- Nunes, C. H. S. S. & Hutz, C. S. (2002). O modelo dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade. Em R. Primi (Org.), *Temas em avaliação psicológica* (pp. 40-49). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Olthuis, G. & Dekkers, W. (2005). Quality of life considered as well-being: Views from philosophy and palliative care practice. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 26, 307-337.
- Pacheco, L., & Sisto, F. (2003). Aprendizagem por interação e traços de personalidade. *Psicologia Escolar e Educacional*, 7(1), 69-76.
- Pais Ribeiro, J. & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do Coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 3-15.
- Pais Ribeiro, J. (2009). Coping: estratégias para redução do stress. *Executive Health and Wellness*, 1 (9), 28-29.
- Pais Ribeiro, J. L. & Morais, R. (2010). Adaptação portuguesa da escala breve de coping resiliente. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11 (1), 5-13.

- Pais Ribeiro, J. L. (2012). Validação transcultural da escala de felicidade subjectiva de Lyubomirsky e Lepper. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13 (2), 157-168.
- Pais Ribeiro, J. L., Rodrigues, A. P. (2004) Questões acerca do Coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1). 3-15.
- Pesce, R. P., Assiss, S. G., Santos, N., & Oliveira, R. V. C. (2004). Risco e Protecção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (2), 135-143.
- Polleto, M. & Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, atores de risco e protecção. *Estudos de Psicologia*, 25 (3), 405-416.
- Ponte, A. C. & Pais-Ribeiro, J. L. (2014). O bem-estar do doente seguido em cuidados paliativos (cp): comparação entre a perspetiva do doente e da família. *Psicologia, saúde & doenças*, 15(1), 97- 110.
- Purvis, A., Howell, R. T. & Iyer, R. (2011). Exploring the role of personality in the relationship between maximization and well-being. *Personality Individual Differences*, 50, 370-375.
- Rebollo, I. & Harris, J. R. (2006). Genes, ambiente e personalidade. In C.E. Flores-Mendoza & R. Colom (Orgs.), *Introdução à Psicologia das diferenças individuais* (pp. 300-322). Porto Alegre: Artmed.
- Richards, J., Jiang, X., Kelly, P., Chau, J., Bauman, A. and Ding, D. (2015). Don't worry, be happy: cross-sectional associations between physical activity and happiness in 15 European countries. *BMC Public Health*, 15(53).
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (3), 307-321.
- Røysamb, E., Tambs, K., Reichborn-Kjennerud, T., Neale, M. C., & Harris, J. R. (2003). Happiness and health: Environmental and genetic contributions to the relationship between subjective well-being, perceived health, and somatic illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 1136–1146.
- Ruiz, A. B., Santos, L. O., Ruiz, G. B., Forteza, G. L. & Liria, A. F. (2010). Los factores de resiliencia ante las situaciones traumáticas. Análisis tras dos atentados del 11 de marzo en una muestra de pacientes en el CSM de Alcalá de Henares. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30 (107), 375-391.
- Scollon, C., & Diener, E. (2006). Love, work, and changes in extraversion and neuroticism over time. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91 (6), 1152-1165.

- Silva, I. B. & Nakano, T. C. (2011). Modelos dos cinco grandes fatores de Personalidade: Análise de pesquisas. *Avaliação Psicológica*, 10 (1), 51-62.
- Silva, P. L. A. (2006). *Percepção de fontes de estresse ocupacional, coping e resiliência no fisioterapeuta*. Disponível em <http://www.openthesis.org/documents/De-fontes-estresse-ocupacional-coping-471212.html>. Acedido em 5 de Fevereiro de 2015.
- Silva, R. C. F. & Hortale, V. A. (2006). Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(10), 2055-2066.
- Sinclair, V. G. & Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of brief resilient coping scale. *Assessment*, 10, 1-9.
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggin, K., Tooley, E., Christopher, P. & Bernard, J. (2008). The Brief Resilience Scale: Assessing the Ability to Bounce Back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15, 194–200.
- Spearman, C. (1904). "General intelligence," objectively determined and measured. *American Journal of Psychology*, 15, 201-293.
- Spörrle, M., Strobel, M. & Tumasjan A. (2010). On the incremental validity of irrational beliefs to predict subjective well-being while controlling for personality factors. *Psicothema*, 22, 543–548.
- Strobel, M., Tumasjan, A. & Spörrle, M. (2011). Be yourself, believe in yourself, and be happy: Self-efficacy as a mediator between personality factors and subjective well-being. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52, 43–48.
- Telles-Correia, D., Mega, I., Barbosa, A., Barroso, E., Monteiro, E. (2008) *Coping nos doentes transplantados* Disponível em <http://actamedicaportuguesa.com/pdf/2008-21/2/141-148.pdf>. Acedido em 5 de Janeiro de 2015.
- Tkach, C. & Lyubomirsky, S. (2006). How do people pursue happiness?: Relating personality, happiness-increasing strategies, and well-being. *Journal Happiness Studies*, 7, 183–225.
- Trentini, C. M., Hutz, C. S., Bandeira, D. R., Teixeira, M. A. P., Gonçalves, M. T. A. & Thomazoni A. R. (2009). Correlações entre a EFN - Escala Fatorial de Neuroticismo e o IFP - Inventário Fatorial de Personalidade. *Avaliação Psicológica*, 8 (2), 209-217.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. (2ª ed.). Lisboa. Climepsi Editores.
- The happiness effect. Disponível em <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/4/11-020411/en/>. Acedido em 20 de Fevereiro de 2015.
- Varela, M. e Leal, I. (2007). Estratégias de coping em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 25 (3), 479-488.

- Vaz Serra, A. (2006). Stress, coping e cancro. *Psiquiatria clínica*, 27 (1), 9-20.
- Vázquez, C., Castilla, C. & Hervás, G. (2009). Reacciones frente al trauma: vulnerabilidad, resistencia y crecimiento. In E. G. Fernández-Abascal (dir.), *Emociones positivas* (pp. 375-392). Madrid: Pirámide.
- Veenhoven, R. World database of happiness. Erasmus Universit y Rotterdam. Disponível em: <http://worlddatabaseofhappiness.eur.nl>. Acedido em 16 de Fevereiro de 2015.
- Vilhena, E., Pais Ribeiro, J. L., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R. F., Cardoso, H., Silva, A. M. & Mendonça, D. (2014). Factores psicossociais preditivos de ajustamento à vida de pessoas com doenças crónicas. *Psicologia, Saúde & Doenças* (publicação prévia).
- Wagnild, G. (2003). Resilience and successful aging. Comparison among low and high income older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(12), 42.
- Warner, R. M. & Vroman, K. G. (2011). Happiness inducing behaviors in everyday life: An empirical assessment of “the how of happiness”. *Journal Happiness Studies*, 12, 1063-1082.
- Weber, M., Ruch, W., Littman-Ovadia, H., Lavy, S. & Gai, O. (2013). Relationships among higher-order strengths factors, subjective well-being, and general self-efficacy - The case of Israeli adolescents. *Pers Individ Dif*. 55, 322–327.
- Weiss, A., Bates, T. C. & Luciano, M. (2008). Happiness Is a Personal(ity) Thing—The Genetics of Personality and Well-Being in a Representative Sample. *Psychological Science*, 19, 205-210.
- [www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/o-que-sao.html](http://www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/o-que-sao.html) acedido em Setembro de 2015.
- Yassine, I. M. C. (2011). A Auto-percepção do envelhecimento e os traços de Personalidade em idosos (Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia). Lisboa: Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Disponível em [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4335/1/ulfpie039522\\_tm.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4335/1/ulfpie039522_tm.pdf). Acedido em 14 de Fevereiro de 2015.
- Yunes, M. A. (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8 (num. esp.), 75-84.
- Zinbarg, R. E., Uliaszek, A. A. & Adler, J. M. (2008). The role of personality in psychotherapy for anxiety and depression. *Journal of Personality*, 76, 1649-1688.

## 11. Anexos





**Anexo 1:** Pedido de autorização de estudo efetuado ao ACES Algarve III Sotavento e respetiva resposta.



Gilberto Sousa <multicopias.faro@gmail.com>

---

**Fwd: FW: Tese de Mestrado - recolha de dados**

1 mensagem

---

**Vera Gonçalves** <vera.goncalves.psi@gmail.com>  
Para: multicopias.faro@gmail.com

9 de agosto de 2016 às 18:47

----- Mensagem encaminhada -----

De: **Vera Gonçalves** <vera.goncalves.psi@gmail.com>

Data: 19 de maio de 2014 às 17:04

Assunto: Re: FW: Tese de Mestrado - recolha de dados

Para: Manuel Janeiro <mjanheiro@acessotavento.min-saude.pt>

Exmº Sr. Dr. Manuel Janeiro,

Agradeço desde já a pronta resposta e a também a possibilidade de poder efectuar a recolha de dados necessária à elaboração da tese.

Desta forma, irei entrar em contacto com a Exmª Srª Enfª Fernanda Faleiro de modo a poder iniciar o trabalho.

Melhores Cumprimentos

Vera Gonçalves

No dia 19 de Maio de 2014 às 12:36, Manuel Janeiro <mjanheiro@acessotavento.min-saude.pt> escreveu:

Drª Vera Gonçalves:

Após obter o parecer da Exmª Presidente do Conselho Clínico e da Saúde deste Agrupamento de Centros de Saúde, informo-a que a sua proposta foi aceite devendo contactar a Exmª Srª Enfª Fernanda Faleiro, coordenadora da Unidade de Cuidados Continuados Talabriga, na qual se insere a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, para dar inicio ao seu trabalho.

Com os meus cumprimentos

*Manuel Janeiro*

*Director Executivo*

*ACES Algarve III - Sotavento*

---

**De:** Maria José Salgueiro

**Enviado:** domingo, 18 de Maio de 2014 21:55

**Para:** Manuel Janeiro

**Assunto:** RE: Tese de Mestrado - recolha de dados

Dr. Janeiro

Após avaliação do pedido da Drª Vera e de ter recebido os pareceres positivos da Dra. Fátima Teixeira e da Enfermeira Fernanda Faleiro, parece-me viável a colheita dos dados para a fase final da sua tese.

Com os meus cumprimentos

Maria José Salgueiro

Presidente do Conselho Clínico

ACES Algarve III - Sotavento

---

**De:** Manuel Janeiro  
**Enviado:** segunda-feira, 12 de Maio de 2014 11:34  
**Para:** Maria José Salgueiro; Fátima Teixeira; Fernanda Faleiro  
**Cc:** [vera.goncalves.psi@gmail.com](mailto:vera.goncalves.psi@gmail.com)  
**Assunto:** FW: Tese de Mestrado - recolha de dados

Exm<sup>a</sup> Sr<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria José: peço a apreciação do pedido da Dr<sup>a</sup> Vera Gonçalves, psicóloga, já estagiária na ECSCP e a propor fazer a sua tese de mestrado no ACES.

Peço concretamente ao Conselho Clínico que se pronuncie depois de obter os pareceres da coordenadora da ECSCP e da UCC Talabriga, onde ela se insere, a quem dou conhecimento nesta mensagem. Até 24 de maio.

Com os meus cumprimentos  
*Manuel Janeiro*  
*Director Executivo*  
*ACES Algarve III - Sotavento*

---

**De:** Vera Gonçalves [[vera.goncalves.psi@gmail.com](mailto:vera.goncalves.psi@gmail.com)]  
**Enviado:** domingo, 11 de Maio de 2014 0:38  
**Para:** Manuel Janeiro  
**Assunto:** Tese de Mestrado - recolha de dados

Caro Dr. Manuel Janeiro,

Espero que este email o encontre bem.

No âmbito do Mestrado em Cuidados Paliativos em que me encontro, presentemente já no 2º ano, é chegada a altura de preparar a tese final - Tese de Mestrado.

Para que possa a ficar a conhecer o delineamento da mesma, envio em anexo o projecto de Tese já aprovado pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Neste sentido, gostaria de saber quais os procedimentos burocráticos necessários para realizar a recolha de dados junto da Equipa Comunitária.

Aguardo resposta,

Cumprimentos

Vera Gonçalves

**Anexo 2:** Pedido de autorização de estudo efetuado ao Centro Hospitalar do Algarve (Faro e Portimão).

Vera Gonçalves  
Rua Rui Barreto n.º19, 3.º Esq. 8000 – 426 Faro  
Tel: 966 793 770  
e-mail: vera.goncalves.psi@gmail.com



Exmo. Sr. Diretor do  
Conselho de Administração do Hospital de Faro

Data: 16.01.2015

Assunto: Pedido de autorização de recolha de dados para dissertação de Mestrado

Eu, Vera lúcia Silvestre Gonçalves, aluna do Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos (10ª edição) da Faculdade de Medicina de Lisboa, pretendo realizar um estudo que requer a participação de utentes a usufruir de Cuidados Paliativos. Este estudo é considerado um trabalho quantitativo, observacional e descritivo e tem por finalidade, averiguar “Os Cinco Fatores de Personalidade e sua Relação com Níveis de Coping e Felicidade em Doentes Paliativos”, tentando perceber de que forma a Personalidade influencia ou é influenciada pelos níveis de Coping e Felicidade experimentados numa fase de doença terminal.

A população apresentada no projeto inicial desta investigação destinava-se aos utentes da Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP – Tavira), onde de resto a recolha de dados já teve início desde o mês de Outubro do ano transato. Porém, decidiu-se alargar a amostra, de forma a abranger a maioria dos utentes que beneficiam de cuidados paliativos no Algarve, tornando a pesquisa mais consistente e relevante a nível nacional.

Neste sentido, é solicitado a V. Ex.ª que se digne a autorizar a realização do referido estudo aos doentes que se encontram a usufruir de Cuidados Paliativos, em ambas as unidades (Faro e Portimão), de acordo com a metodologia a seguir descrita:

- 1) A investigadora deslocar-se-á a cada uma das unidades (Faro e Portimão) em datas previamente agendadas com as pessoas responsáveis.
- 2) Os dados serão recolhidos por meio de questionários (Anexo B), que serão aplicados pela própria investigadora e têm um tempo médio de preenchimento de 30 minutos.

- 3) Os instrumentos deverão ser completados na presença da investigadora, com a ajuda da mesma ou sob a forma de auto preenchimento.
- 4) A recolha de dados será efetuada 3 vezes em cada unidade, se possível uma por mês, com o objetivo de recolher o máximo de questionários possíveis.
- 5) Apenas serão admitidos a participar neste estudo, doentes que não preencham os critérios de alterações cognitivas (decorrentes da doença ou outros) e cujo estado de saúde permita responder aos questionários.
- 6) No início da aplicação dos instrumentos, cada utente será informado sobre os objetivos do respetivo estudo através do Formulário de Consentimento Informado (Anexo A), documento que terá de assinar.
- 7) Para além do formulário acima descrito, será necessário dar resposta a 4 questionários: questionário sócio-demográfico; Inventário dos Cinco Fatores NEO-FFI-20 na sua versão reduzida NEO-PI-R; a Escala Breve de Coping Resiliente e Escala de Felicidade Subjetiva.
- 8) Esta investigação é um processo anónimo e confidencial, pelo que nenhuma informação referente aos dados recolhidos será facultada a terceiros.

Mais se informa que, neste estudo, se respeitarão todas as regras éticas vigentes, e aceitar-se-á qualquer modificação imposta pelo estabelecimento que V. Ex.<sup>a</sup> dirige.

Certa que esta solicitação merecerá por parte do Exmo. Sr. Diretor toda a atenção, queira aceitar os melhores cumprimentos.

A investigadora

---

(Vera Gonçalves)

**Anexo 3:** Resposta ao pedido de autorização de estudo efetuado ao Centro Hospitalar do Algarve (Faro e Portimão).

Gmail - Recolha de dados para Dissertação de Mestrado

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=f78e50df19&view=pt&q=...>



Vera Gonçalves <vera.goncalves.psi@gmail.com>

---

**Recolha de dados para Dissertação de Mestrado**

1 mensagem

**Tiago Carmo** <tcarmo@ch.algarve.min-saude.pt>

23 de março de 2015 às 12:09

Para: "vera.goncalves.psi@gmail.com" <vera.goncalves.psi@gmail.com>

Bom dia cara Dra. Vera Gonçalves

Informo vossa Excelência que o seu pedido para um estudo que requer a participação de utentes a usufruir de cuidados paliativos, para a recolha de dados para dissertação de mestrado foi autorizado pela Excelentíssima Directora Clínica Gabriela Valadas.

*Cumprimentos*

*O Técnico Superior*

*Tiago Do Carmo*



TÉCNICO DE RECURSOS HUMANOS

Tel. 289 09 11 47 Ext.: 11537

Unidade de Investigação do CFIC

Comissão de Ética

Comissão de Farmácia

---

Centro Hospitalar do Algarve | Unidade de Faro

**Anexo 4:** Questionário Sócio-demográfico.

**Questionário Sócio-demográfico**

Este questionário tem por objetivo recolher algumas informações sobre si e sobre a sua doença. Por favor, leia as perguntas com atenção antes de **assinalar com um X** a resposta que achar mais correta. Se possível, responda a todas as questões.

1. Género: Feminino \_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_
2. Data de nascimento: \_\_\_\_\_
3. Idade: \_\_\_\_\_
4. Estado civil:  
Solteiro \_\_\_\_ União de fato/Casado \_\_\_\_ Separado/Divorciado \_\_\_\_ Viúvo \_\_\_\_
5. Número de filhos: \_\_\_\_\_
6. Escolaridade:  
Sem estudos \_\_\_\_  
Primária \_\_\_\_  
Até ao 9º ano (ou equivalente) \_\_\_\_  
Entre 10º e 12º ano (ou equivalente) \_\_\_\_  
Bacharelato ou Licenciatura \_\_\_\_
7. Situação Laboral:  
Empregado \_\_\_\_ Desempregado \_\_\_\_ Baixa Clínica \_\_\_\_ Reformado/Invalidez \_\_\_\_
8. Nacionalidade: \_\_\_\_\_
9. Raça /Etnia: \_\_\_\_\_
10. Concelho e Freguesia de Residência: \_\_\_\_\_
11. Com quem vive:  
Companheiro/ Cônjuge \_\_\_\_  
Família restrita (marido, esposa, filhos) \_\_\_\_  
Família alargada (marido, esposa, filhos, pais, sogros, etc) \_\_\_\_  
Sozinho \_\_\_\_  
Outros \_\_\_\_
12. Data de diagnóstico da doença:  
Ano: \_\_\_\_\_ Mês: \_\_\_\_\_
13. Tem conhecimento do seu diagnóstico?  
Sim \_\_\_\_ Não: \_\_\_\_  
13.1. Se sim, qual é esse diagnóstico: \_\_\_\_\_
14. Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_
15. Encontra-se a fazer algum tipo de tratamento?

Sim \_\_\_\_

Não: \_\_\_\_

**15.1.** Se sim, qual: \_\_\_\_\_

**15.2.** Há quanto tempo faz o tratamento: \_\_\_\_\_



## **Anexo 5: Consentimento Informado.**

### **Consentimento Informado**

Concordo em participar como voluntário(a) no estudo que está a ser realizado por Vera Lúcia Silvestre Gonçalves, no âmbito do Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos (10ª Edição).

Ao decidir aceitar participar neste estudo, fui esclarecido(a) e estou ciente que:

1 – Esta atitude não é obrigatória e, caso queira participar, isso não mudará em nada o tratamento e/ou a forma como me são prestados os cuidados de saúde.

2 – Participarei num estudo quantitativo, onde terei de responder a questionários relacionados com a minha vida e doença, sozinho ou com ajuda da investigadora. O tempo de participação será em média de 30 minutos.

3 – Caso não me sinta à vontade, em qualquer momento da participação neste estudo, ou em responder a determinadas questões, estou ciente que posso deixar de participar ou responder, sem que isso me prejudique de alguma forma.

4 – Aceito voluntariamente participar nesta atividade, não tendo sofrido nenhuma forma de pressão para tal.

Por concordar em participar neste estudo, abaixo e assino.

Assinatura: \_\_\_\_\_

## Anexo 6: Inventário de Personalidade NEO-FFI-20.

### Inventário de Personalidade NEO-FFI-20

Leia cada afirmação com atenção. Para cada afirmação, na página abaixo, marque com ☐ apenas a coluna que melhor corresponde à sua opinião. Se mudar de opinião ou se se enganar apague completamente a resposta ou, no caso de isso não ser possível, preencha o ☐ errado e assinale com um ☐ a sua resposta final. Não existem respostas certas nem erradas. Descreva as suas opiniões rápida, espontânea e honestamente. Responda a todas as questões.

Assinale **Discordo Fortemente** se a afirmação for definitivamente falsa ou se discordar fortemente dela. Assinale **Discordo** se a afirmação for, na maior parte das vezes, falsa ou se discordar dela. **Neutro** se a afirmação for igualmente falsa e verdadeira, se não se decidir ou se a sua posição perante o que foi dito é completamente neutra. Assinale **Concordo** se a frase for, na maior parte das vezes, verdadeira ou se concordar com ela. Assinale **Concordo Fortemente** se a frase for definitivamente verdadeira ou se concordar fortemente com ela.

	Discordo Fortemente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Fortemente
1. Raramente estou triste ou deprimido (a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sou uma pessoa alegre e bem-disposta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A poesia pouco ou nada me diz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tendo a pensar o melhor acerca das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sou eficiente e eficaz no meu trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sinto-me, muitas vezes, desamparado(a), desejando que alguém resolva os meus problemas por mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Muitas vezes, sinto-me a rebentar de energia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Às vezes ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte sinto um arrepio ou uma onda de emoção.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. A minha primeira reação é confiar nas pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sou uma pessoa muito competente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Raramente me sinto só ou abatido(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sou uma pessoa muito ativa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Acho as discussões filosóficas aborrecidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Algumas pessoas consideram-me frio(a) e calculista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Esforço-me por ser excelente em tudo o que faço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Houve alturas em que experimentei ressentimento e amargura.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sou dominador(a), cheio(a) de força e combativo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não dou grande importância às coisas da arte e da beleza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NEO-FFI-20 desenvolvido por Bertoquini, V. & Pais Ribeiro, L. (2005)

## Anexo 7: Escala Breve de Coping Resiliente.

### Escala Breve de *Coping* Resiliente

(Pais Ribeiro & Morais, 2010)

Esta escala permite avaliar a resiliência como uma estratégia de *coping*, uma vez que nos permite perceber a capacidade de o sujeito lidar com o stress de forma adaptativa. É composta por quatro itens, sendo que existem cinco possibilidades de resposta. Por favor, selecione a opção que mais se adequa a si, assinalando a opção que pretende escolher:

	Quase nunca (1)	Ocasionalment e (2)	Muit as vezes (3)	Com muita frequênci a (4)	Quase sempre (5)
A. Procuo formas criativas de superar situações difíceis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Independentemente do que me possa acontecer, acredito que posso controlar as minhas reações.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Acredito que posso crescer positivamente lidando com situações difíceis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Procuo ativamente formas de substituir as perdas que encontro na vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **Anexo 8:** Escala de Felicidade Subjetiva.

### **Escala de Felicidade Subjetiva**

(Traduzida por Bertoquini, V. & Pais Ribeiro, L., 2004)

Para cada uma das afirmações seguintes assinale o ponto da escala que pensa que melhor o/a descreve, preenchendo o círculo respetivo.

1. De uma forma geral considero-me

1	2	3	4	5	6	7
Uma Pessoa						Uma Pessoa
Não						Muito Feliz
Muito Feliz						

2. Comparado com os meus amigos considero-me

1	2	3	4	5	6	7
Menos Feliz						Mais Feliz

3. Algumas pessoas são, de uma forma geral, muito felizes. Elas apreciam a vida, independentemente do que se passa, aproveitando ao máximo. Em que medida esta caracterização o/a descreve?

1	2	3	4	5	6	7
Em nada						Totalmente

4. Algumas pessoas não são, de uma forma geral, muito felizes. Apesar de não estarem deprimidas, elas nunca parecem tão felizes como poderiam estar. Em que medida esta caracterização o/a descreve?

1	2	3	4	5	6	7
Em nada						Totalmente

**Anexo 9:** Investigação de relações entre outras variáveis.

**Tabela 18** – Relação entre as variáveis Estado Civil e Personalidade.

Test Statistics <sup>a,b</sup>					
	Neuroticismo	Extroversão	Abertura à Experiência	Amabilidade	Conscienciosidade
Chi-Square	1,653	1,779	1,098	0,342	0,101
df	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	0,438	0,411	0,577	0,843	0,951

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Estado Civil

Relativamente às variáveis Estado Civil e Personalidade não se observam valores estatisticamente significativos.

**Tabela 19** – Relação entre as variáveis Estado Civil, *Coping* e Felicidade.

Ranks					
	Estado Civil	N	Mean Rank	$\chi^2$	<i>p</i>
Coping Resiliente	Casado	29	23,33	1,009	0,604
	Divorciado	6	19,17		
	Viúvo	8	19,31		
	Total	43			
Felicidade	Casado	29	23,36	2,092	0,351
	Divorciado	6	15,25		
	Viúvo	8	22,13		
	Total	43			

Da análise da Tabela 19 verifica-se que não existem valores estatisticamente significativos entre as variáveis Estado Civil e *Coping*, nem com as variáveis Estado Civil e Personalidade.

**Tabela 20** – Relação entre as variáveis Tem conhecimento do diagnóstico e Personalidade.

Test Statistics <sup>a</sup>					
	Neuroticis mo	Extrove rsão	Abertura à Experiência	Amabilidade	Conscienciosi dade
Mann-Whitney U	179,000	188,000	194,500	175,000	164,000
Wilcoxon W	644,000	279,000	285,500	266,000	629,000
Z	-0,425	-0,186	-0,013	-0,534	-0,829
Asymp. Sig. (2- tailed)	0,671	0,853	0,989	0,593	0,407
Exact Sig. [2*(1- tailed Sig.)]	0,686 <sup>b</sup>	0,865 <sup>b</sup>	0,990 <sup>b</sup>	0,610 <sup>b</sup>	0,425 <sup>b</sup>

a. Grouping Variable: Tem conhecimento diagnóstico

b. Not corrected for ties.

Quanto às variáveis Tem conhecimento do diagnóstico e Personalidade não se verificam valores estatisticamente significativos.

**Tabela 21** – Relação entre as variáveis Tem conhecimento do diagnóstico e Felicidade.

Ranks					
Tem conhecimento diagnóstico	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	<i>p</i>
Sim	30	21,53	646,00	181,000	0,710
Felicidade Não	13	23,08	300,00		
Total	43				

A observação da tabela acima permite afirmar que entre variáveis Tem conhecimento do diagnóstico e Felicidade não existem valores estatisticamente significativos.